

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

### ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
  - Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
  - La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
  - L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
  - En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
  - Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
  - Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

#### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
  - Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
  - La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
  - La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
  - Prise en charge : pec@mupras.com
  - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)**



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

|  |  |                                  |  |
|--|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie             | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)               |  |                                  |  |
| Matricule : <u>14651</u>                     | Société : <u>RAG</u>                             |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Actif               | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre   |  |
| Nom & Prénom : <u>Jamal El Aneb Lahsen</u>   |  |                                  |  |
| Date de naissance : <u>1953</u>              |  |                                  |  |
| Adresse : <u>56 rue Abderrahim Bourguiba</u> |  |                                  |  |
| <u>Haj Ennahs</u>                            |  |                                  |  |
| Tél. : <u>36 55 59 08 52</u>                 | Total des frais engagés :                        | Dhs                              |  |

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

|   |   |                                   |                                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |  |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |  |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 02.09.2023  |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade :   | m-ARIDATOU AYADJI   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | hors  |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC                           |                                   |                                 |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances  |   |                                   |                                 |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. |   |                                   |                                 |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le : / /

**Signature de l'adhérent(e) :** 

Figure 3.18. Plate 36, showing the upper portion of the left side of the head.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/09<br>2023   | Op                | 2                     | 2000                            | Signature Dr. BOURGEOIS<br>Radiologie - Endocrinologie - Médecine Générale<br>Médecine d'Urgence - Médecine de ville - Médecine d'Antécédents |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  <b>PHARMACIE LES ARCADES</b><br><small>CS 10911 - 3, Rue Roudier, Rue d'Is Jadda, Casablanca - Casablanca<br/>Tél : 05 22 25 51 31 - Fax : 05 22 25 51 42<br/>E-mail : ch.lesarcades.cs@gmail.com</small> | 29/10/23 | 126,00                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

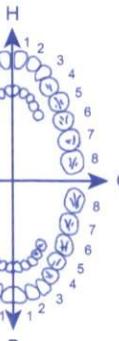
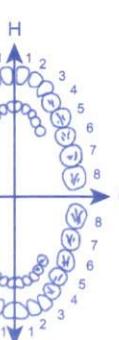
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient |                              |
|--|----------------|--|-------------|------------------------------|
|   |                |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>/ |
|  |                |  |             | MONTANTS DES SOINS           |
|  |                |  |             | DEBUT D'EXECUTION            |
|  |                |  |             | FIN D'EXECUTION              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |             |                              |
|  |                | H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>G<br>B |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>/ |
|  |                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession             |             | MONTANTS DES SOINS<br>/      |
|  |                |  |             | DATE DU DEVIS                |
|  |                |  |             | DATE DE L'EXECUTION          |

# Docteur Bahija FADDI

MÉDECINE GÉNÉRALE  
NUTRITHÉRAPIE DIÉTÉTIQUE  
MÉDECINE ÉSTHÉTIQUE  
ÉCHOGRAPHIE

Diplôme universitaire de la faculté de  
médecine de Montpellier - FRANCE

Diplôme universitaire de Dematurologie  
Interventionnelle

5, Rue des Mésanges Angle  
Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS

Tél. : 0522 232 232  
06 61 14 66 66

# الدكتور بهيجة فضي

الطب العام  
الحمية و التغذية  
طب التجميل

الفحص باشعة المدى  
الشهادة الجامعية بكلية الطب  
بموبولي فرنسا

الشهادة الجامعية لطب الجلد التدخلي  
زنقة دي ميزانج زاوية شارع  
عبد الرحيم بو عبيد - رقم 6 الوازير

الهاتف: 0522 232 232  
06 61 14 66 66

Casablanca, le 02.09.2023 الدار البيضاء، في

(1.40) Speculum  
1cp 2x1 f  
75,00 T meso  
1cp h/f  
Total



LOT 221578  
EXP 10/2025  
PPV 51.40DH

PHARMACIE LES ARCADES  
Dr H. KEBBI  
3, Rue Rachid, Rte d'El Jadida, Oasys - Casab  
Tél : 05 22 25 58 31 - Fax : 05 22 25 54 47  
E-mail : pharmacie.casa@gmail.com

LOT: H1074  
PER: 06/2025  
PR: 75.00DH

Dr. Bahija FADDI  
Généraliste Echographie  
Nutrition Diététique  
Médecine Esthétique Anti-âge  
5, Rue des Mésanges Angle Bd. Bouabid  
Oasis Casablanca  
Tél. : 05 22 232 232 / 06 61 14 66 66