

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-723615

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903 Société : 188900

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mr Ben Haddouch Lahcen

Date de naissance : 5/01/1973

Adresse : 23, Rue Jouda N°5 Agdal RABAT

Tél. : 0537 77 5224 0671701392 Total des frais engagés : 1630,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : GHAROULI GHIZANE

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ostéoporose

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 :

20/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
20/12/2023		300 DT		INP : 7076583

Dr. KENZA KHARADA RUMIQUAI
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. V. Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 GSM: 0661 45 85 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/12/2023

1330,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

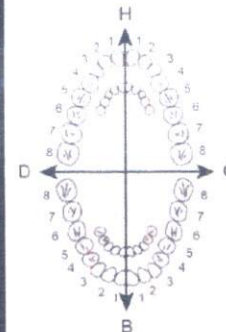
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

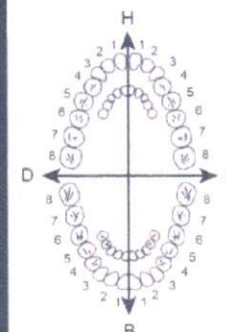
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 01/12/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	Shazouli Edouard Ghizlane
Présente	une maladie chronique
Nécessitant un traitement d'une durée de:	longue durée
Dont ci-joint l'ordonnance.....	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	Panalogic - Relpox

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

LOT 231799
EXP 05 2025
PPV 15.00
x3ced
Diplômée en ecnographie Ostéo-articulaire - Grenoble
Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Salé
Podologie et ostéopathie



الدكتورة كنزة برادة غزول
اختصاصية في أمراض الروماتيزم
خريجة كلية الطب بالرباط
دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللاوتار - غرونوبل
طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا
علاج الأرجل - تقويم العظام

ORDONNANCE Le 20/12/2023

Ghizlane GHAZOULI

(176x3) = 528

• ADRONAT CO 70MG B4 COMP

un cp / sem le matin a jeun avec un grand verre d'eau et rester assise 1/2 h. traitement de 3 mois

(15x10) = 150

• PANALGIC CO 500MG/50MG B16 COMP

un cp 3 fois par jour pendant 3 mois

(976x3) = 2928

• REDLIP CO 20MG B30 COMP

un cp par jour pendant 3 mois

291

• FOSTER AEROSOL B120 DOSES

une app 3 / jour

691

• DOCIVOX SI 200ML SIROP

une cas 3 fois / jour pendant 15 j

N

= 133080

Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohamed Oussama
INPE : 102012978
7 Bis, Oued Roman, Hay Al Inbiat
Salé - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

LOT: 230517
DLUD: 06/2026
69.00DH

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

9760

x3ced

Dr. KENZA
RHUMATISME
Appt. 9, Imm. 12, Angle Avenue
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 - GSM : 06 74 45 55 70

x3ced 176,00
FR 10/12
LOT M747

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زووية شارع الابطال و

Résidence bel bachir N°12 Appt N°9- Angle Avenue Al Abtal et Rue Ouedziz - Agdal - Rabat
Tél : +212 5 37 77 05 24- E- mail : Dr.Berrada@outlook.com ICE : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850