

## 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 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° W19-475520

N° D. 14119

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10503 Société : RAM

Matricule : 10503 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AGOUTI DRISS

Nom & Prénom : AGOUTI DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 22 49 92 77 Total des frais engagés : 711,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Abdellaziz ZIANE**  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et du Foie et de l'Anus  
H. M. Casablanca  
Tél: 05 22 62 90 90

Date de consultation : 23/12/2019

Nom et prénom du malade : AGOUTI DRISS

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent :



[illegible]

**Dr. Abdellatif ZIANE**  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Anus  
Rég. Maroc No. H. M. Casablanca: 90 86 25 22 62 90 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
	20/12/13	4 MW

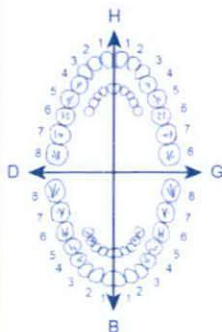
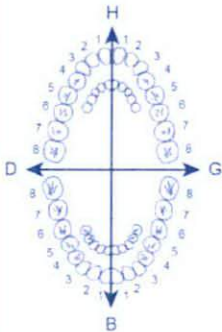
[illegible][illegible]

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433553            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

## DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 20/12/2019

Mr AGOUTI Driss

57, Bd Okba Ibnou Nafia,  
Hay mohammadi  
Casablanca  
Tél : 05 22 62 90 90  
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie  
Diagnostic  
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP  
Sphinctérotomie.  
(CPRE)

Coloscopie  
Polypectomie

Echographie  
Abdominale

Proctologie  
médicale

1020

→ AULCER 20  
1 gélule le matin, avant repas

326

MÉTROZAL 500  
1 comprimé, 2 fois par jour, au milieu repas

1026

SÉPCEN 500  
1 comprimé, matin et soir, avant les repas

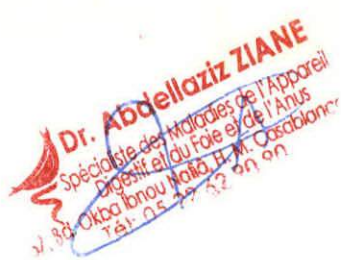
328

→ NURODOL 400  
1 comprimé, 3 fois par jour après repas

5047

→ MUSEON  
2 comprimés, 3 fois par jour

IS 4112



LOT: 19028  
PER: 08-2021  
PPV: 102.00 DH

METROZAL®  
Metronidazole 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
PPV: 32.50 DH  
6 118000 190967

LOT: 05819915  
PER: 10/2022  
PPV: 196.00 DH

→ 196,50

30 Comprimés Pellic  
PPV 30.00 DH Ibuprof  
LOT N948 PER 09/22

LOT: M0240  
PER: 06/2022  
PPV: 50.40 DH