

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-439755

N°: 33981 *epur*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Mr Benhardouch Lahcen

Date de naissance : 05/11/1943

Adresse : 22 Rue Darou N°5 Agdal RABAT

Tél : 067701392  
053775224

Total des frais engagés : 1801,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2020

Nom et prénom du malade : CHA ZOU SHIZIANE

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 : RABAT

Le : 02/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| <p><b>Pharmacie AZ-ZAHRA</b><br/>Bis Av. Oued Romou Hay Al Inbi<br/>SAB - TEL/FAX : 05 37 80 71 00</p> | 22/06/20 | 1501,900 DH           |

[illegible]

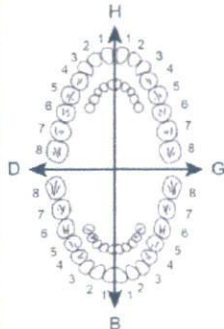
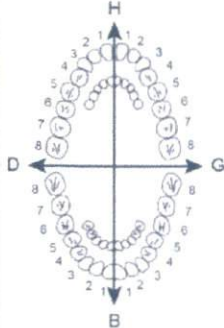
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins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

# 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<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B                                       |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412  | 21433552            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>                                    |                     |  | D  | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |  |
|  | D   | G                   |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411  | 11433553            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     | 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kenza BERRADA RHZIOUAL

Spécialiste en Rhumatologie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplômée en échographie Ostéo-articulaire - Grenoble

Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Salé

Podologie et ostéopathie



Tél/Fax : 05 37 80 71 00

الدكتورة كـنـزة بـرادة غـريـول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل والاورار - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الارجل - تقويم العظام

Rabat le : 02 JUN 2020

GHIZLANE

PHARMACIE BERRADA RHZIOUAL  
RUE 9, 10m, 12, Angle Av. Al Abi  
Agdal - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 80 71 00

① Fosavance 5600

(193.60 x 3) = 580.80 74p / 8m le mat à jeun avec  
Pharmacie AZ-ZAHRA 700ml d'eau et nsh au lit

Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat

Salé - Tél/Fax : 05 37 80 71 00

② D-cure 25000

(49.60 x 3) = 148.80 74p / 8m

③ Gptax

710 x 28

④ Isox 200

710 x 8

⑤ Augmentin 750

24 x 26

⑥ Taker 700

710 x 8

⑦ Fucidine pommade

36

⑧ Relprox 700

710 x 8

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023 DH  
EXP: 03/2023 2023

49,40

LOT 19012  
PER 12/23  
PPV 22 DH 2

82,00

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g  
39,70

275,00 275 DH 00  
P.P.V.: 00020454  
Numéro du lot: 04.2021  
Date de péremption:

Résidence bel bachir N° 12 Appt N° 9- Angle Avenue Al Abi  
Tél : +212 5 37 77 05 24 - E-mail : Dr.Berrada@outlook.com - ICE : 00170683 / 000004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850

70058199/00-1  
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6 118 001 160 471

**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

70058199/00-1  
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6 118 001 160 471

**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

70058199/00-1  
ANM 294/17 DMP/21/NRQ




6 118 001 160 471

**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 623078  
PER: 03/21



TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00



6 118000 250340

Laboratoires  
Pfizer S.A.

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00



6 118000 250340

Laboratoires  
Pfizer S.A.

Emballage scellé