

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-531831

38388

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : EZZAKHRAÏY Yamina

Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : 3, Rue Yaber bnou Hayane - Imp. Palmiers  
Casablanca -

Tél. : 0668773387 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 07/06/20

Nom et prénom du malade : EZZAKHRAÏY Yamina Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

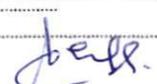
Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : 12/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :  ACCUEIL

PROFESSEUR ABDELMOUMEN EL-ABDELMOUMEN  
Neurologue - Chef de Service de Neurologie  
Kontouf - 05 22 98 81 75  
MUPRAS  
02 SEP. 2020  
ACCUEIL

**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
17/06/2023		5	300,00	INP: 092036649 Professeur Neurochirurgien 76 Bd. Abdoulaye Traoré, Etage 02 Koutoubia 4eme Etage 20000 Tel : 05 22 98 03 715

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur en Pharmacie AZIZA LAHLOU INPE : 092036649 76 Bd. Abdoulaye Traoré, Etage 02 Koutoubia 4eme Etage 20000 Tel : 05 22 98 03 715	17/06/22	406,50

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

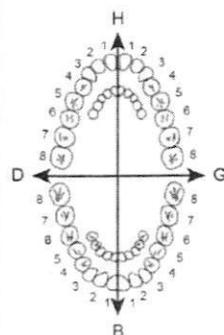
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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 : <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"/>																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							
B																								
	 <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      EXECUTION VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ACHOURI M.**  
**Professeur à la F.M.C**  
**NEUROCHIRURGIEN**  
**NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté  
 de Médecine de Marseille-France  
 Membre de la SNL Française  
 76, Bd. Abdelmoumen Résidence  
 Koutoubia 4<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
 e-mail : machouri2002@yahoo.fr



الدكتور عشوري م.  
 أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض وجراحة الدماغ  
 والأعصاب و العمود الفقري  
 (الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا  
 76. شارع عبد المومن  
 إقامة كتبية. الطابق 4  
 الدار البيضاء

anca, le 17.6.20

T: 406,50

134,80

~~zakhray yauw~~  
 136,50

1) Alge 50

134,50

2) Nootropyl 9

(28,80 x 2) pair

3) vitaneural 9

38,50 x 2

4) Alge 50 gel

LOT: 496  
 PER: SEP 2022  
 PPV: 38 DH 80

LOT: 484  
 PER: MAR 2022  
 PPV: 38 DH 80

Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75 - 05 40 15 89 79

Lot: 19J810  
 Per: 09.2.22  
 PPV: 136DH50

PPV  
 LOT  
 PER  
 28,80

PPV  
 LOT  
 PER  
 28,80

PPV  
 LOT  
 PER  
 28,80

Revoir Dans