

# 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0041810  
42847

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11365 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 93 17 12 12 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2020

Nom et prénom du malade : Benzaïdouna Neem Age : 16

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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) :



# 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
02/12/20			300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien 51, Rue Raha Ben Alme 191.022.24.80.54 ALASSIRA BENNOUSSA Oualia	06/06/2020	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

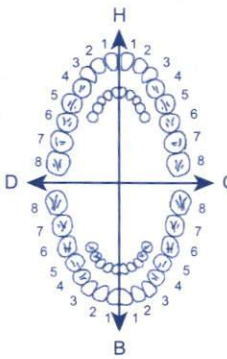
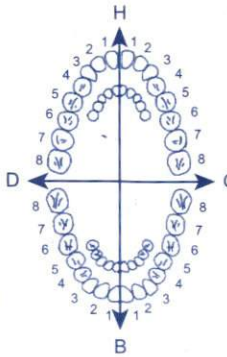
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. Ahmed MOUADDIB**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffe de moelle osseuse

**الدكتور أحمد مؤدب**

اختصاصي في الأمراض الدموية  
أمراض الدم والغدد الطحال  
زرع نخاع العظمي

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقا بمراكش  
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لتحاقن الدم بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le 02/06/2020 في الدار البيضاء

qellb benzaitoun neem

26.20 x 6

4c fol 5mg

40.0 14p x 2j

2 1 audli feron 20

71.00 14p x 2j

8 14p x 2j

165, شارع عبد المومن عمارة «أ» الطابق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 18 62 - الفاكس : 05 22 48 29 31

165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca

Tél.: 05 22 27 18 62 - Fax : 05 22 48 29 31

PHARMACIE AL MASSIRA  
Rue Rahal Ben Ahmed  
Tél.: 05 22 24 80 54  
Fax: 05 22 24 80 54

صيدلية المسيرة  
PHARMACIE AL MASSIRA  
Rue Rahal Ben Ahmed  
Tél.: 022.24.80.54  
Fax: 05.22.24.80.54



# ACFOL<sup>®</sup>

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26, 20 DH

28

Comprimés  
Voie orale



# ACFOL<sup>®</sup>

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26, 20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale



# ACFOL<sup>®</sup>

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26, 20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale





# ACFOL<sup>®</sup>

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26, 20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale



# ACFOL<sup>®</sup>

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14219006  
PER: 07-2023  
PPV: 26, 20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale



5 ملغ

# أكفول®

حامض الفوليك / أقراص

28

قرصا

عن طريق الفم