

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Consignes 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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 chronique Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

488 25

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003220

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : Perle de Mohammedia, BV Abdelmaumen Imm B Apt 18 Mohammedia

Tél. : 06 00 62 81 92 Total des frais engagés : 148€,3 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : EL GSSIER Hajar

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinite chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 NOV 2020

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 : Mohammedia Le : 02/10/2020

Signature d : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/2022	737,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.10.2014	Hests auton.	500 DH

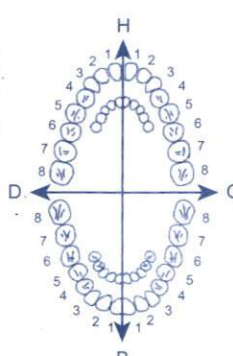
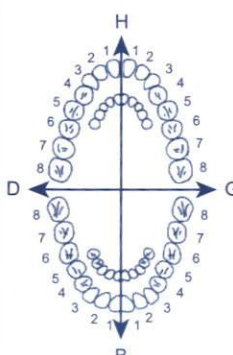
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

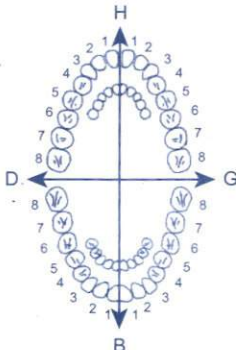
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

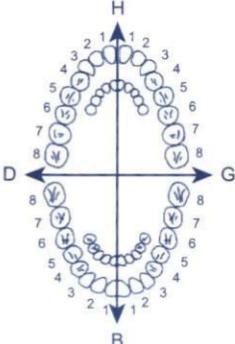
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan**

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
<p>DATE DU DEVIS</p>		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques  
Diplômé de l'Université Henri Point Carré  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY  
pneumoallergologue  
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتور ع. الأزرق

أخصائي أمراض جهاز التنفسي والحساسية  
خريج جامعة منري بوان كاري  
كلية الطب والصيدلة نانسي

Mohammedia, le : 02.10.2022

Madame El Gasser Hajar

Alora 500 mg

0 - 0 - 1/1 x 30 jours

soir ou coucher

Hivernex solu tra

ACS 3x/1

après repas matin - midi - soir

singulier 10

Nasonez 500 mg

(Alora 1200 mg) 2 pulv 2x/1

05.23.304241 : الهاتف : 16. الطابق الأول. شارع فلسطين. الحمدية -

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 05.23.304241 - E-mail: lazrekimad@yahoo.fr

HIVERNEX SIROP



LOT: 063943/FC1  
10/2022 PPC 79.00



SINGULAIR® 10 mg.  
Montelukast sodique.  
Boîte de 28 comprimés pelliculés.  
DISTRIBUE PAR: BOUSKOURA  
P.V: 307,00 DH  
AN: 1206DMP/21/NCI

*NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc*

*NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc*

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques  
Diplômé de l'Université Henri Point Carré  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY  
pneumoallergologue  
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتور ع. الأزرق

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
خريج جامعة هنري بوان كاري  
كلية الطب والصيدلة نانسي

Mohammedia, le : 02.10.2020

ELGASSI HATAN

facture : 500DH

tests cutanés ALLERGologiques

رقم 169, الطابق الأول, شارع فلسطين, المحمدية - الهاتف : 05.23.304241

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 05.23.304241 - E-mail : lazrekimad@yahoo.fr

