

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-458037



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22562

Matricule :

12538

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAZRAK AHMED NABIL

Date de naissance :

12-02-1986

Adresse :

L 17 Lot Excellence DAR BOUAZZA

Tél. :

069 10 38 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection MUPRAS

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.

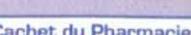
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

LAZRAK AHMED NABIL

RELEVE 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
11/01/2020	5	-	G	INP : 0931234582 Rachid BENHOUA Pédiatre du Centre Ben Sald de Malif

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE EL ABBEY</b> Route de Casablanca Km 11 Bouenza Casablanca 22 29 03 71 09 20 20 152	30/01/2020	416,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																					
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>					
		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"/>																																					
	<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <th>B</th> <th></th> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession																		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																			
		H	G																																		
		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"/>																																					

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté Médecine de Paris  
Réanimation Néonatale  
Gastro Entérologie Pédiatrique  
(Fibroscopie - PH métrie)



الدكتور رشيد بنونة

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل  
خريج كلية الطب بباريس  
أستاذ مساعد سابقا  
بمستشفيات باريس

Casablanca, le ..... 30.01.2020 ..... الدار البيضاء، في

**Enfant LAZRAK Yassine**

107,20 X 2



Age : 4 ans 7 mois  
Poids : 19,80 Kg

1 ORELOX 40 mg/5 ml glé p susp-buv enfant nourrisson : Fl/100ml  
Donner 20 Dose Kgs le matin et le soir, avant le repas, pendant 10 jours.

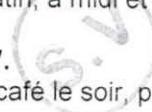
12,80



2 DOLIPRANE 300 mg suppos : B/10

1 suppositoire le matin, à midi et à 16h, pendant 2 jours.

90,00 X 3



3 CURTEC SOL. BUV.

Donner 1 Cuillère à café le soir, pendant 1 mois.

90,90 X 4



4 STERIMAR STOP ET PROTEC ALLERGIE

1 pulvérisation nasale le matin et le soir, pendant 7 jours.

38,100

5 ULTRALEVURE 250MG SACHETS

1 Sachet le matin, pendant 10 jours.

6/16/2

PHARMACIE EL ABBADINE  
Route de Casablanca Km 11  
Rue Sidi Abdellah  
022 22 22 22

*attested*

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Orelox 40mg/5ml susp fl 100  
P.P.V : 107,20 DH  
6 118001 080625



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Orelox 40mg/5ml susp fl 100  
P.P.V : 107,20 DH

6 118001 080625



إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشى - الماريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com