

## 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° W19-441493

*Comin*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23538**

Matricule : **10220** Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **EZZAHAF Rachid**

Date de naissance : **01/01/1981**

Adresse : .....

Tél. : **0666 203025** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LEKHESSASSI Souaad**  
Pneumo - Phtisiologue  
118, Bd. El Fida Place Bouchentouf  
Casablanca - Tél: 0522 83 05 05

Date de consultation : **12/03/2020**

Nom et prénom du malade : **EZZAHAF SARINE** 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 : **CAH** le **12/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-441493

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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)



| 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 |
| 30 JAN 2020                    |                   |                       | 250.000                         | INP: 109114930117  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 30/01/2020 | 490,00                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|---|--|------------------|-------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| Important :<br>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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             |   | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
|   | H  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | D  | G                |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | B  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |                  |             |   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

# Dr. LEKHESSASSI CHANTAR Souâad

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

## Pneumo - Phtisiologue

- Maladies Respiratoires
- Asthme - Allergie Respiratoire
- Tuberculose
- Fibroscopie Bronchique
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire

D.U. de Pathologie Respiratoire  
Professionnelle et environnementale

D.U. en Médecine de Travail



## الدكتورة الخصاصي شنتار سعاد

خريجة كلية الطب بنانسي (فرنسا)

## اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

- الأمراض التنفسية
- الربو (الضيق) الحساسية التنفسية
- داء السل
- التنظير القصبي
- فحص الوظيفة التنفسية

تنفسية

17,00

Casablanca, le 30/01/2020 : الدار البيضاء في :

N<sup>o</sup> EZZAHAF Sirine

15.30  
x2-

Ventoline

238 x 3/5 matin Repirato

291.00

Furtek

238 le

238 le soir

17.10

Ther 310 Ave

24 le

9090

24 le soir

Stevinar

Apr 2023

BENHADIA Fadwa  
Pharmacie du Metro  
38, Av. Wahda Al Itriquia  
Tél : 022 29 10 13

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

SmithKline  
Maroc  
Marrakech  
Ain El Foul  
Région de Rabat

Dr. LEKHESSASSI CHANTAR Souâad  
Pneumo - Phtisiologue  
318, Bd. EL Fida, Place Bouchentouf - Casablanca  
Tél : 0522 83 66 66

ter 100/6µg, solution pour  
lation en flacon pressurisé  
Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
PPV : 291DH00

05 22 83 66 66 بوشنتوف الدار البيضاء الهاتف  
318, Bd. EL Fida, Place Bouchentouf - Casablanca. Tél  
INPE : 091093617

FE9124C  
M: 2019-05  
2022-05