

## 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

- Reclamation : [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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 73 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-572685

58089

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11111 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL

Date de naissance : 05.06.1972

Adresse : Lot. KHADRAOUI, RUE 6, N°6, ABBAY MOUR

Tél : 687768787 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/2020

Nom et prénom du malade : AZZEHIZI Nabil Age : 48

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

Nature de la maladie : ☒ Maladie chronique

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 : 01/02/21

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
30/12/20	C2 01			INP 1117 58 153

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARMACIE SIDA 05 23 34 79	30/12/20	645,40 071

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

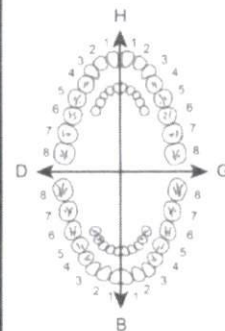
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

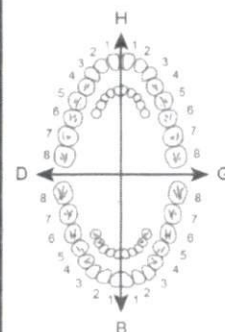
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

# (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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





مستشفى بدوود تديخه

**ORDONNANCE**

le 30/12/2020

Azzehzi

Nabil

34.60x7

1- longamine 100 mg

1 cp / le soir x 3 jrs

67.20x6

2- Erythrin solution

matin et soir x 3 jrs

PHARMACIE FADEL  
SIDI ALI  
Tél: 05 23 34 79 46

fi: 645,40

Dr BOUTZINBI Faissal  
Dermato-venerologue

le 30/12/2020

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

34,60  
PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

LOT: 20E004V  
PER: 03 2022  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630

LOT: 19E002  
PER: 10 2021  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630

LOT: 20E004V  
PER: 03 2022  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630

LOT: 9MA042  
PER: 05 2021  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630

LOT: 20E004V  
PER: 03 2022  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630

LOT: 19E001  
PER: 07 2021  
ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V: 67DH20  
6 118000 010630