

## 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.

### 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 - Tel : 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-572751

58892

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11115 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : AZZIZI NABIL

Date de naissance : 05.06.1972

Adresse : Lot. ILMADARAWI, RUOG N° 6 ABHMAN

Tél : 0697767777 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. I. JIB HAMID  
Médecine Générale  
54. Boulevard My Hassan  
Tel: 05 22 25 89 59 - Azemineur

Date de consultation : 12-12-2020

Nom et prénom du malade : NABIL AZZIZI

Age :

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

Nature de la maladie : Anarctose de pression

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 : CASABLANCA

Le : 09/12/21

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

# 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
12-12-20	WV		13900	Dr. I Médecine Générale Boulevard My Hassan Tel: 05 23 39 89 69 - Azeimour

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE PHARMACIE SID 05 23 34 79 46	12/12/2020	413.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

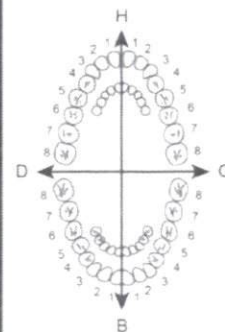
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

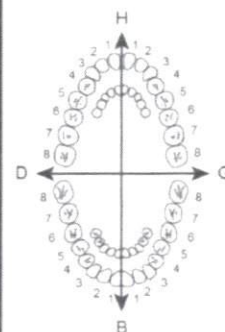
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
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



Docteur NAJIB HAMID

Médecine Générale

Diplômé du CHU Ibn Rochd Casablanca

Médecin interne de l'Hôpital Med. V

ECHOGRAPHIE

54, Bd. Moulay El Hassan

Azemmour

Tél. : 05 23 35 89 69

الدكتور نجيب حاميد

الطب العام

تخرج المركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بمستشفى محمد الخامس

الفحص بالصدى

شارع مولاي الحسن - أزموور 54،

(قرب الدرك الملكي)

الهاتف : 05 23 35 89 69

Azemmour, le : 12-12-2020 : أزموور في

ABBAH NA32

126.00  
71.80

Claudia

10 11

0388

27.00 x 8

Alice

123

(2015)

413.8

Pharmacie FAD  
Tél: 05 23 34 79 46

Dr. Najib HAMID  
Médecine Générale  
54, Boulevard My Hassan  
Tél: 05 23 35 89 69 - Azemmour

CILENTRA® 10 mg  
Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

PPV: 126 DH 00

CILENTRA® 10 mg  
Boîte de 14 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300310

PPV: 71 DH 80

LOT: 03920030  
PER: 11/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920038  
PER: 12/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920024  
PER: 08/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920030  
PER: 08/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920030  
PER: 08/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920030  
PER: 08/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920030  
PER: 08/2025  
PPV: 27,00

LOT: 03920027  
PER: 07/2025  
PPV: 27,00