

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-599012

63543  
Acte de naissance

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société : SN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATH ELHAT ELHASSANE

Date de naissance : 30/01/79

Adresse : MADRID

Tél. : 0661223562 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur KADA ZAIR Jamel  
PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE  
B, Bd. Yacoub El Mansour  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 02 00 / 05 22 93 73 93

Cachet du médecin :

Date de consultation : FATH YAZAN

Nom et prénom du malade : FATH YAZAN Age :

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

Nature de la maladie : Polynésie

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 : 30/12/2020

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-599012

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 : 30625

Nom de l'adhérent(e) : FATH YAZAN

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### Adresses Mails utiles

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

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

# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/12/2020      | es                | 250 DH                |                                 | IMR: 091082354<br>Docteur KADA ZAÏR Jamel<br>PEDIATRIE ALLERGOLOGIE<br>8, Bd. Youssef El Mansour<br>CASABLANCA<br>Tél: 0522 25 07 07 / 05 22 98 73 93 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Pharmacie  | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| PHARMACIE du Pharmacien du Coupleur<br>93 bis, Rue Ibrahim Majat<br>Madrir Extension - Casablanca<br>Tél: 0522 25 07 07 / 05 22 98 73 93 |      | 1073                  |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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.

# 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|----------------------------|--|------------------|--|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|--|
|                            |  |                  |  | 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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  |                  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                            |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | 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



# DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DES ENFANTS ET DES NOURISSONS  
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE  
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
Fax : 05 22 23 08 07  
E-mail : kadazair@gmail.com  
Urgences : 06 61 14 16 22  
INPE : 091082354  
ICE : 001746690000091

# الدكتور قادا الزاير جمال

خريج كلية الطب بنانسي  
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع  
ضيق حساسية الطفل  
8 شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء  
هاتف العيادة : 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
الفاكس : 05 22 23 08 07  
مستعجلات : 06 61 14 16 22

Casablanca

30/12/2020

FATH Yazan

( Age: 1semaine 4jours , Poids : 3.70 kgs )

ANTIGAS :

07 gouttes à la fin des tétées

BCG :

VITAMINE D BON 200.000 unités  
faire boire l'ampoule en entier

PHARMACIE SOCRATE  
Rue Ibnou Majat Chantimar 2  
Tél: 0522 98 79 68

ZENITH Pharma  
AMM171/16 DMP/21NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM171/16 DMP/21NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G019

0709S4017

EXP. : JUL.2021

FEB.2023

6 118001 390052