

## 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
- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-616944

78261

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM RETRAITE**

Matricule : **7657** Société : **RAM RETRAITE**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **ABDALLAH EL RHASSOULI**

Date de naissance : **09/03/61**

Adresse : **HADJ FAH S N° 79 OULEA**

Tél. : **0670716263** Total des frais engagés : **670,50** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur **Khalid MEZOUAR**  
Spécialiste Gynécologie Obstétrique  
306, Bd, Daouda 1<sup>er</sup> Etage CHA...  
OULEA - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/06/2019**

Nom et prénom du malade : **El Rhassoul, Chaimaa** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Dysmenorrhée**

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 : **CASA** Le : **23/07/21**

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

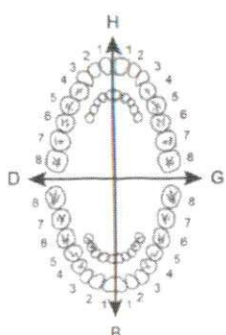
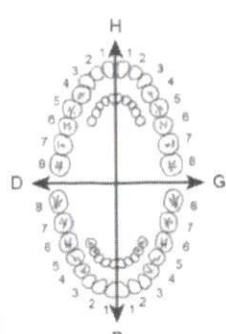
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/06/2021	CS	300,00		 Dentiste 30, Bd. Daoua OULFA Tél : 022 89 15 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16 Juin 2021	IMP/092029990 310,50 dh

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	

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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



**Docteur Khalid MEZOUAR**  
**Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique**  
 Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
 Maladies du sein - Stérilité du couple  
 - Echographie - Colposcopie  
 Ancien attaché au service de Gynécologie  
 Obstétrique du C.H.U Ibn Rochd - CASABLANCA

**الدكتور خالد مزوار**  
**إختصاصي في أمراض النساء و التوليد**  
 الولادة - أمراض العقم - الجراحة النسوية  
 أمراض الثدي - الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار  
 طبيب ملحق سابق بقسم النساء و التوليد  
 بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le 12/0

EL RHASSOULI CHAIMAA

**PROPERIOD®**

Vitex Agnus-Castus 12mg

A consommer de préférence avant fin :

Lot n° :

270,00 DH

Lot : K2004904

Per : 10-2023

- D3 fix

15 gouttes/j

- Properiod

1cp par jour 3mois

- Tardyferon 80mg

1cp par jour

Total = 310,50

16 Juin 2021



Docteur Khalid MEZOUAR  
 Spécialiste Gynécologie - Obstétrique  
 4052897

Fabricant / المنتج  
 PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION  
 Rue du lycée - 43500 Ouh - France  
 تاجر كلور دوار للمنتج  
 شارع المدينة - 43500 - جديس - فرنسا

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
 30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
 Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH