

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-453476

83176



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUUGGARI RAOUF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 200 384

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HAMMADI ATASSI  
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansaïd  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 23 38 35/36 - 05 22 99 49 92  
Fax: 05 22 99 49 93

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2011

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : INC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

### RELEVE 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
06/09/21	C 2	Signature	INP : INP : 091013912	
				204

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE Leila Mekhora 100, 1/2 Abdomino- Casalanca - Tel: 05 22 41 10 10	06/09/21	602, 80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

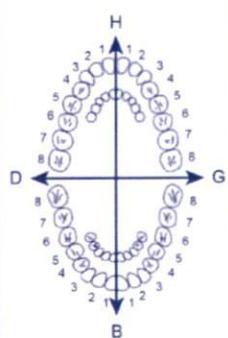
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

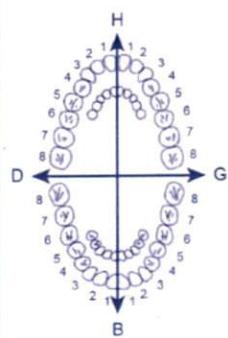
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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

مركز الكلية الاصطناعية ابن سينا  
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Hammadi ATLASSI

Spécialiste des maladies des Reins

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Marseille  
INP : 091013912



الدكتور حمادي الأطلسي

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca, le

06

/ 09

/ 2011

pe Zoufari Hadia

68,60

- Héparat ep

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

34,60 x 10 - Lasilix 40

30,70

- Kardegic

14,60 x 4

- Doliprone ep 100

99,50

- Ecdis 20

602,70

- 140

DR. HAMMADI ATLASSI  
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard  
Quartier Palmier Casablanca  
Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hammadiatlassi@gmail.com

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hammadiatlassi@gmail.com

• I.F. : 01086653 • Patente : 34771662 • C.N.S.S. : 1247049 • ICE : 001635336000037

PHARMACIE LA CITRONDE  
El Haoua Menjra  
100, Bd. Abdellmoumen  
Casablanca - Tél : 05 22 99 49 92



OEDES 20mg ○  
28 gélules



LOT 201592  
EXP 06/2023  
PPV 99.00 DH

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



PPV 14DH60  
PER 07/24  
LOT K2042

→ 14,60

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



PPV 14DH60  
PER 07/24  
LOT K2042

→ 15,80

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



PPV 14DH60  
PER 03/24  
LOT K708

→ 15,80

Doliprane® 1000 mg ○  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



PPV 14DH60  
PER 03/24  
LOT K708

→ 14,60

KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V :30DH70 LOT :21E004 PER.:10 2022	0	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E001 PER.:01 2025	0
6 118000 061847		6 118000 060468	
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E004 PER.:03 2025	0	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E004 PER.:03 2025	0
6 118000 060468		6 118000 060468	
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E001 PER.:01 2025	0	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E002 PER.:01 2025	0
6 118000 060468		6 118000 060468	
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E004 PER.:03 2025	0	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E002 PER.:01 2025	0
6 118000 060468		6 118000 060468	
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E002 PER.:03 2025	0	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V :34DH60 LOT :21E004 PER.:03 2025	0
6 118000 060468		6 118000 060468	