

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-651902

85071

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11649 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EZZAHER ZAKARIA  
 Date de naissance : 02-09-1976  
 Adresse : 17 Rue des Français Etg 3 Apt 11  
 Roches Noires Casablanca  
 Tél : +966505357209 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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.

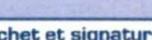
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 19/09/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
24	2.2487 + 6	400		INP: 09120600

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE CHAMA</b> CIB: 003707532000033 PATENTE: 55532109 CC: 18056	24/08/2024	721.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30.08.21	B.1.0.0	1.050,00DH

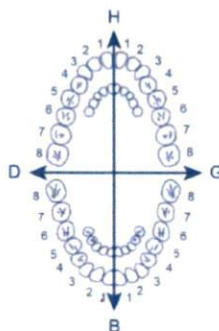
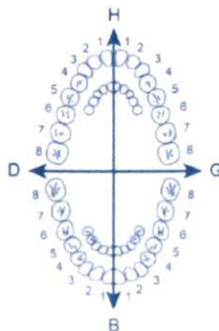
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" data-bbox="1503 890 1724 1042"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Suivi de grossesse et Accouchement -  
Echographie - Chirurgie Gynéco  
Mammaire - Maladies du sein - Chirurgie  
Laparoscopique - infertilité du couple

متابعة الحمل والتوليد - الكشف  
بالصدي - جراحة أمراض النساء  
أمراض الثدي - الجراحة  
بالمناضار - العقم

Casablanca le : 24 / 03 / 2021

M<sup>W</sup> DBARHI AET - AA

35,70x3  
±

KARDOLIC 160



± seethi

x 80 →

26,30x3  
±

Acfol



± upi

x 30 →

195x3  
3

LEA 0 N-Atlicu



± upi

771,000/2

Dr. Houda CHAHIDI EL OUAZZANI  
Gynécologie - Obstétrique  
Rés AL MOUSTAKBAL Imm 109 Gh4 Apt 3  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 0522 97 47 80

Suivi de grossesse et Accouchement -  
Echographie - Chirurgie Gynéco  
Mammaire - Maladies du sein - Chirurgie  
Laparoscopique - Infertilité du couple

متابعة الحمل والتوليد - الكشف  
بالصدي - جراحة أمراض النساء  
أمراض الثدي - الجراحة  
بالمناضار - العقم

Casablanca le : 24/07/2021

H<sup>uo</sup> DBARMI AA AA

- RAi

- 28 R

- TSH

- GAT - HSAIC

- TETA - mor

- cro. toxo - rub.

- sero. Rep. B

LABORATOIRE AL AMAL  
D'ANALYSES MEDICALES  
Lot Sahel N° 1er Etg Had Soualem  
Tél : 05 22 96 31 50

Dr. Houda CHAHIDI EL OUAZZANI  
Gynécologie - Obstétrique  
Rés Al Moustaqbal Imm 109 Gh4 Apt 4  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 0522 974 730

# LABORATOIRE AL AMAL D'ANALYSES MEDICALES



## مختبر الأمل للتحليلات الطبية

Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie  
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermiologie

Patente: 55750245 -- IF: 39495877 -- ICE: 002419218000041 -- INPE: 063063374  
RC: 23614 -- CNSS: 1928121

**FACTURE N° 1329/21**

HAD SOUALEM le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

30/08/2021  
MME DBARHI ASMAA  
21H567  
Docteur CHAHIDI EL OUAZZANI HOUDA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
RAI.COOMBS INDIRECT(Recherche d agglutinines irrég	100
NFS.HEMOGRAMME	80
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	200
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	120
TPHA QUALITATIF.SEROLOGIE DE LA SYPHILIS.BW	50
VDRL QUALITATIF.SEROLOGIE DE LA SYPHILIS.BW	30
TOXOPLASMOSE.ANTICORPS IgG ANTI TOXO	100
RUBEOLE.ANTICORPS IgG ANTI RUBEOLE	150
ANTIGENE HBs.HEPATITE B Ag HBs.Ag AUSTRALIA	150
Total du (B)	B 1010
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	1 050,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AL AMAL  
D'ANALYSES MEDICALES  
Lot Sahel N° 1er Etage HAD Soualem