

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-648902

92802

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12537 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAKNIZI AHMED  
 Date de naissance : 07/12/1985  
 Adresse : Résidence KPC Imm I, Appt 11, Mohammedia  
 Tél. : 0669122475 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14/10/21  
 Nom et prénom du malade : LAKNIZI TAHIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Vaccinob  
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	* Montant de la Facture
<b>PHARMACIE PALMIER</b> Rès Palmier, Angle Bd Zerhoulouhi et Abdelmoumen, Imm "B", NP4 Mohammadia - Tél: 0623329895	14/10/21	1591,00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p><b>PHARMACIE PALMIER</b> Rés Palmier, Angle Bd Zerkouni et Abdelmoumen, Imm "B", N°4 Mohammeda - Tél: 0623829895</p>	<p>14/10/21</p>	<p>1591,00</p>

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

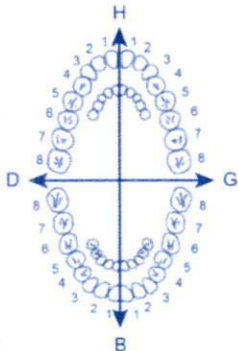
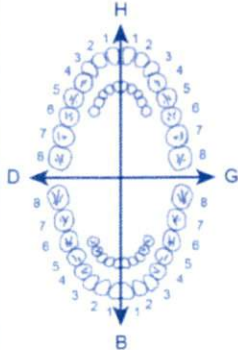
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

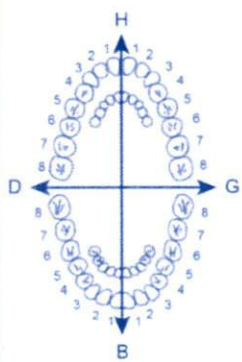
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<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
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
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"/>													

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>								
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>								
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>								

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram shows the bridge structure with numbered piers and a central pier.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur BELHADFA Hayat



الدكتورة بلهدفة حياة

Diplômée de la faculté de Médecine de Paris

خريجة كلية الطب بباريس

Ex Pédiatre de la polyclinique CNSS Mohammedia

طبيبة سابقة بمصحة الضمان الإجتماعي المحمدية

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nourrisson  
et de l'adolescent

اختصاصية في امراض الأطفال والرضع

Spécialiste Allergologie infantile et Asthme

اختصاصية في الحساسية والربو

Tél : 05 23 30 22 91

الهاتف: 05 23 30 22 91

Mohammedia, le : 14/10/20

LAKNIZI TAHHA

252100

Rotarix

760100

Prevenar 13

89,50 x 2

- 03 novembre 2020

1191,00

PHARMACIE PALMIER

Res Palmier, Angle Bd Zerkouni  
et Abdelmoumen, Immeuble "B", N°4  
Mohammedia - Tél: 0623329895

DR. BELHADFA H. Y.  
ALLERGO - PEDIATRE  
Residence LOUKILI III, 45 Rue 3  
El Wafa - Mohammedia  
Tél : 05 23 30 22 91

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 760DH00  
6 118001 171057

Rotarix

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:252,00 DH  
ID: 647442  
6 118001 142323

45 ، زنقة 3 ، الطابق الأول ( إقامة الوكيل III ) تجزئة الوفا - المحمدية

45, Rue 3, Etage 1 (Residence LOUKILI III) Lotissement El Wafa - Mohammedia

# D3 NORM<sup>®</sup>

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 210627  
A consommer  
avant le: 09/2024  
PPC : 89,50 DH

# D3 NORM<sup>®</sup>

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 200886  
A consommer  
avant le: 01/2024

DH