

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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° M21- 074466

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : 105978
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA
 Date de naissance : 10/02/1960
 Adresse : Rue de l'axe Wolili (C) N° 110
 20000
 Tél. : 0661 9933 61 Total des frais engagés : 348,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamza BACHIF
Médecine Générale
 20, Bd Hassan II Tissir 1
 TéléFax: 022.32.53 53

Date de consultation : 06/01/2022
 Nom et prénom du malade : MAZIANE KHADJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète, Surcharge pondérale
 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 :

Le : 22/02/2022

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
06/01/2020				<p>Dr. Hamza BACHII</p> <p>Médecine Générale</p> <p>20, Bd Hassan II Tissir 1</p> <p>Téléfax 022.32.53 53</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية سفيان</p> <p>تجزئة الرجاء كلم 30 زاوية شارع</p> <p>محمد الصالح والأمير المولي الحسن</p> <p>حد الموالم من ب 10</p> <p>الهاتف: 06.40.22.17</p>	06/01/2020	342,8 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Diplôme en Diabétologie
Diplôme en Diététique Médicale
Diplôme en Médecine du Sport
Diplôme en Médecine du Travail
Diplôme en Expertise Médicale
Expert auprès des Tribunaux



دبلوم جامعي في داء السكري
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
دبلوم جامعي في الطب الرياضي
دبلوم جامعي في طب الشغل
دبلوم جامعي في الخبرة الطبية
خبير طبي محلف لدى المحاكم

Nom Prénom : MAZIANE Khadija

ORDONNANCE

AIRLIX 10 mg 15 Comprimés

6||118000||050322|

15 Compr

LOT: 147
PER: JUN 2024
PPV: 52 DH 00

 φ_h

PHARMACEUTICAL IN

Dr. HANAN BACHII
Medecine Generale
20, Bd Hassan II Tiziir 1
Tél/Fax: 022.32.53 53

تجوزة القبر جاءه السلام
محمد الصالحين والأمير العولي الحسين
حد المولود من ب 10 BP
الرقعة: 28 40 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Signé : Dr HAMZA Bachir

Dr. Hamza BACHIF
Médecine Générale
20, Bd Hassan II Tiersir 1
Tél/Fax: 022.32.53 53

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II , Tissir 1

الهاتف - فاكس : 0522 325353 : Téléfax :

Email : b.hamza55@gmail.com : البريد الإلكتروني :

20، شارع الحسن الثاني، التفسير 1

المحمول : 0661 232174

البريد الإلكتروني : com.

39, 80

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH30

PER: 04/23

LOT: J936

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

PPV: 116DH00

PER: 09-23

LOT: J2296

116

57,00

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg ○
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg ○
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

42x2.