

## 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

- 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 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° W21-696426

112239

par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2153 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JDAIR ALI  
 Date de naissance : 1952  
 Adresse : CHTOUKA AIT BABA BELFAR  
 Tél. : 0665440795 Total des frais engagés : MR 300 + 576,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 10/03/2022  
 Nom et prénom du malade : JDAIR ALI Age : 70  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : trouble Anxieux  
 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 : MEZGANE Le : 12 / 03 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : ALI

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| <b>Pharmacie SAHARA</b><br>Route Nationale N°1 Centre Belfaa<br>Té 05.28.20.95.10 | 10/03/22 | 576.60 dhs            |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

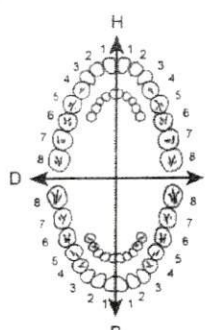
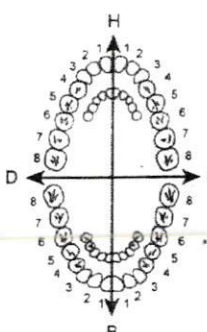
[illegible]

# 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 indiquer les prothèses et les soins traités et les traitements complémentaires, ainsi que le bien de l'acte.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             | COEFFICIENT 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>D</th> <th>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 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                   |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             | 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

**Dr. OUBELLAHCENE Abdallah**

Psychiatre - Psychothérapeute

Adulte et Enfant

Ancien Psychiatre de l'Hôpital

Sainte-Anne - Paris

Ex Chef des services de psychiatrie  
des Hôpitaux d'Inezgane et de Taroudant

الدكتور أبلحسن عبد الله

طبيب نفسي للبالغين و الأطفال

طبيب نفسي سابق بمستشفى

سانت ان باريس

رئيس سابق لأقسام الأمراض النفسية

بمستشفيات إنزكان و تارودانت

10 Mars 2022

Inezgane, le :

130,20 X 1

74,00 X 2

① Trozen 2000

43,50

12 le mot

② molyaf 2000

12 le son

35,70 X 2

③ Alpraz 0,5 an

12 le son

576,60

2020



Dr. OUBELLAHCENE Abdallah  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Imm ANNAKHIL N° 13 Av. des FAR  
INEZGANE

صيدلية الصحراء  
Pharmacie SAHARA  
Route Nationale N°1 Centre Belfaa  
Té: 05.28.20.95.10

عمارة النخيل رقم 13 شارع الجيش الملكي - إنزكان

Immeuble ANNAKHIL N° 13 Avenue des FAR - INEZGANE

الهاتف: 05 28 33 09 33

09/05/2022

LOT: 047  
PER: MAR 2024  
PPV: 113 DH 50

LOT: 048  
PER: APR 2024  
PPV: 113 DH 50

# Alprazolam



35,70

213-38  
11-2024  
35.70

|                          |                          |                          |                          |       |       |      |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DURÉE | MATIN | MIDI | S |
|                          |                          |                          |                          |       |       |      |   |

# Alprazolam



35,70

213-38  
11-2024  
35.70

|                          |                          |                          |                          |       |       |      |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DURÉE | MATIN | MIDI | S |
|                          |                          |                          |                          |       |       |      |   |

# TRE-ZEN<sup>®</sup> 20

Chlorhydrate de paroxétine

15

Comp  
Pellic  
Sécat

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

FPV 740400  
PER 10/23  
LOT A2813-2

# TRE-ZEN<sup>®</sup> 20

Chlorhydrate de paroxétine

15

Comp  
Pellic  
Sécat

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

FPV 740400  
PER 10/23  
LOT A2813-2

# TRE-ZEN<sup>®</sup>

Chlorhydrate de paroxétine

30

bottu<sup>1A</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 130DH20  
PER 34/22  
LOT 33189