

## 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

- Reclamation : 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° P19- 044827

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société : 122729

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAMMADI ATASSI  
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard  
Quartier Palmier - Casablanca  
Tél: 05 22 23 32 35/36 - 05 22 99 49 92  
Fax: 05 22 99 49 93

Date de consultation : 14/07/2022

Nom et prénom du malade : Zougari Radia Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
14/7/22	C	2		Dr. HAMMADI ATASSI Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard Quartier Palmier Casablanca Tél: 05 22 23 38 95/36 05 22 99 49 92 Fax: 05 22 99 49 93

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

<p>PHARMACIE LA ROYONDE Leila Menjira 100, Bd. Abdelmoumen Casablanca - Tél: 05 22 23 47 76</p>	14/07/22	7800
---	----------	------

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

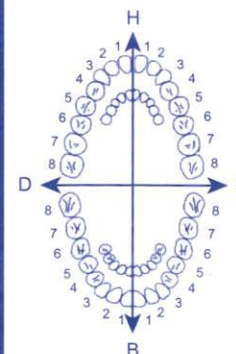
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 ATASSI**

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 بمارسيلية

Casablanca, le

14/02/2022

ne Zougari Radia

99,00 x3  
- bade up



14/x

1460 - Delifane 1000 efferv.  
x7



14 x2 / x

2070 - Kardegre 7r

1 sachet / x



3460 - Lanlix 40

14 / 5

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leila Menja  
100, Bd. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 23 47 76

2580 - Drill lux reche

1 cas x 2 / x

48 (Gm)  
Autocall medicine

Docteur ATASSI Hammadi

NEPHROLOGUE

Bd. 9 Avril Quartier Palmier Casablanca

Tél: 05 22 99 49 92 - 05 22 23 38 35 / 36

Fax: 05 22 99 49 93

717,00

Angle Bd. du 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

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

OEDES 20mg  
28 gélules  
6 118001 100088  
EXP 07/2024  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg  
28 gélules  
6 118001 100088  
LOT 210601  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

28 gélules  
6 118001 100088  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

ENROUEX® 200 ml

6 111255 810659

LOT 099868/FC5  
PER 11/2024  
PPC 79.50

LOT: 21E012  
PER: 07/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E017  
PER: 10/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E017  
PER: 10/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E016  
PER: 09/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E017  
PER: 10/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E017  
PER: 10/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60  
6 118000 060468

LOT: 21E009  
PER: 05/2023  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 30DH70  
6 118000 061847

P V 14 DH 60  
PER 02/25  
LOT L471

P V 14 DH 60  
PER 02/25  
LOT L471  
S1

P V 14 DH 60  
PER 03/25  
LOT L121  
S1

P V 14 DH 60  
PER 02/25  
LOT L471

P V 14 DH 60  
PER 02/25  
LOT L471

P V 14 DH 60  
PER 03/25  
LOT L124  
S1

P V 14 DH 60  
PER 02/25  
LOT L471