

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-617024

124331

pour

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MONA MMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Melay Hami Rue 3 N° 25 OULFA CASA

Tél. : 0699599596 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-617024

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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 Règlement des Actes
25.07.2022	CS		300 DA	INP : 1483354 Dr. ALAHYANE F. MAHAB Chirurgie Al Akhbar Quartier des dunes, boulevard Al Akhbar Essaouira - Tél: 05 24 79 31 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHASI SNOUSSI Ahmed 22 Avenue Reumana Essaouira Al Jadida Tél: 05 24 79 26 95	25.7.2022	1163.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICALES El Kahitabi Essaouira	26.7.2022		3600

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

FRAIS ET HONORAIRES															
Le p	l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
Imp															
Ve															
S															
LOT : TM021121															
PER : 11/2024															
PPC : 85:00DH															
are des soins	Coefficient														
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	MONTANTS DES SOINS														
	DEBUT D'EXECUTION														
	FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
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 L'EXECUTION														





مصحة الأخوين  
Clinique Al Akhawayn

PHARMACIE SNOUSS  
Docteur GHASI SNOUSS  
22 Ziguag Achoua, Essaouira Al Jadida  
Tél: 05 24 47 25 31 44 26 95

Aboudhere Ije 20/07/2022

83,00 x 3

1 - Chondrosoft, gel



1 - 0 - 1

4th 4 mois

40,50 x 4

2 - Tarsyferon, up 80 y



1 - 0 - 1

4th 1 mois

86,00

0 - 1 - 0

4th 2 mois

3 - Myoflex, crème



2 app

x 3 L sur

Art all

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB  
Chirurgien  
Clinique Al Akhawayn  
quartier des dunes, boulevard Al Akaba  
Essaouira - Tél: 05 24 47 31 41

13, Quartier des dunes, Av. Al Aqaba - 44000 / B.11: PPAL, Essaouira  
Tél: 05 24 47 31 44 - 05 24 78 33 87 - Fax: 05 24 47 25 31 - Mail: clinique.akh@gmail.com - 05 24 47 25 31 - 05 24 47 31 44  
حي التلال شارع العقبة - 44000 / ص ب 11: الوكالة الرئيسية للبريد الصورية  
الهاتف 05 24 47 31 44 الفاكس 05 24 47 25 31 - 05 24 47 25 31 - 05 24 47 31 44

S.A.R.L. au Capital de 4.500.000 Dhs - TP : 47222968 - RC : 4257 - IF : 20751929 - ICE : 001695981000079

6 118000 1 80913



مصحة الأخوين  
Clinique Al Akhawayn

Aboudra

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB  
Chirurgien  
Clinique Al Akhawayn  
13 quartier des dunes boulevard Al Akaba  
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

- NFS

- CRP

- Acide urique

- GAT

- creat.

LABORATOIRES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB  
Chirurgien  
Clinique Al Akhawayn  
13 quartier des dunes boulevard Al Akaba  
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44





مصلحة الأخوين  
Clinique Al Akhawayn

## NOTE D'HONORAIRES

ESSAOUIRA LE		25/07/2022
PATIENT		ABOUDRARE Ijja
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION - SPECIALISEE	Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB	300,00
TOTAL		300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams		

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB  
Chirurgien  
Clinique Al Akhawayn  
13 quartier des dunes, boulevard Al Akaba  
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

Clinique Al Akhawayn  
13 quartier des dunes  
boulevard Al Akaba - Essaouira  
Tel: 05 24 47 31 44

ESSAOUIRA le: 25/07/2022

**FACTURE N° 7000/22**

Médecin

Nom du patient

**ABOUDRARE IJJA**

Examens

**- NFS- CRP- AU- GLY- CREAT**

Cotation

**B 260**

Montant

**360,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS**

LABO D'ANALYSES MEDICALES  
287 Rue Oued El Makhazen Bab Dukkala - Essaouira  
Tél: 05 24 47 48 00  
Fax: 05 24 47 48 00