

## 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 33 33 45 45 (4 L.) Fax: 05 33 33 30 40



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

Déclaration de Maladie

N° W21-696888

127383

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12839 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADDADI Fahd

Date de naissance : 20.06.88 à Rabat

Adresse : 5, rue Sidi Ahmed AKKARI Rabat

Tél. : 0678 703 760 Total des frais engagés : C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور مبرور عيسى  
Dr. Mourad EZZOUBI  
NEUROLOGUE  
EEG - EMG  
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux  
Casa - Tél: 0522 48 53 61

Date de consultation : 12/08/2022

Nom et prénom du malade : EL HADDADI Fahd Age :

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

Nature de la maladie : Cystite

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 25/08/2022

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
21/08/22	CG	-	300,00	<p>INP: 091068511</p> <p>الدكتور مونس عزعوبي</p> <p>Docteur Mounir EZZOUBI</p> <p>NEUROLOGUE</p> <p>EEG - EMG</p> <p>أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي</p> <p>Rue Soumaya, Rue Gollien - Q. des Hôpitaux</p>

300.00

INP: 09A-68911  
 الدكتور منير عزووبي  
 Docteur Mounir EZZOUBI  
 NEUROLOGUE  
 EEG - EMG  
 امراض الدماغ والحبل العنكبني  
 Rue Soumaya, Rue Grollien - Q. des Hôpitaux  
 Casablanca - Tél: 0522 48 53 61

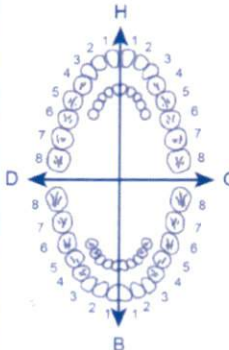
[illegible][illegible]

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

[illegible]

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		00000000	00000000										
		35533411	11433553										
<b>B</b>		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> MONTANTS DES SOINS											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DU DEVIS											
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DE L'EXECUTION											
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO