

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Moh.  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - F.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-718716

13/1928

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1896 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAZZAL DRISSIA  
 Date de naissance : 28/11/1953  
 Adresse : Res. Aéroport cité de l'air Im I n° 10  
 Tél. : 0675 364754 Total des frais engagés : 946,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 : Casa

Le : 10/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

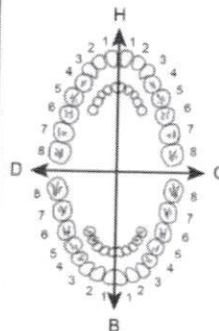
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

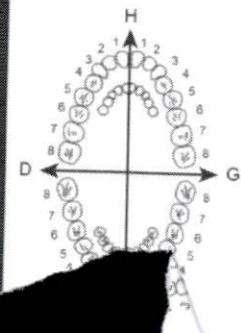
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

EN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Laureate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Bordeaux-Liège Belgique
- Diplômée en Echo doppler à l'université Bordeaux II
- Diplôme en Exploration du système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمراكز الإستشفائية ابن رشد الدار البيضاء
- بوردو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللاإرادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le :

6/6/2022

Dr. Ichraq NASSIRI  
Cardiologue  
249, Rés. El Mansour, 1er Étage Appt. N° 1  
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca  
Tél : 05 22 39 76 70

142,70 x 3

1)

Corvasyl 100mg

1 - 0 - 0 7 3mn

157,10 x 3

2)

Rosuva 10mg

1 cp 1x 5mn

46,70

546,10

Zyloric 100mg

1 - 0 - 0.

Dr. Ichraq NASSIRI  
Cardiologue  
249, Rés. El Mansour, 1er Étage Appt. N° 1  
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca  
Tél : 05 22 39 76 70

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل

249, إقامة المنصور الطابق الأول, رقم 1 شارع اليقوب المنصور - الدار البيضاء  
249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yaacoub El Mansour - Casablanca  
Tél. : 05 22 39 76 70 - 06 69 16 79 04 - E-mail : Ichraqnassiri1@gmail.com

142,70

142,70

142,70

PHARMACIE NASSIRI  
Dr. Rachid NASSIRI  
15bis Bld El Caid Communal  
Hay Hassani-Casa  
Tél : 022 93 28 77

ملغ 100

زِيلُورِيك<sup>®</sup>

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 212955

EXP 11 2025

PPV 46.70 DH



Mme ghazal drissia

ICE : 092044965

PHARMACIE NASRI  
75 bis Dr. Rachid Nasri  
Hay Hassani - Cite Communal  
Tél : 0522932874

FACTURE N° : 24345 du 10/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	COVERSYL 10MG/ 30 CPS	142,70	428,10	0%
3	ROSUVA 10MG/30CPS	157,10	471,30	20%
1	ZYLORIC 100*100 COMP	46,70	46,70	7%
Total TTC			946,10	

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
NEUF CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	428,10	0,00	428,10
20.00%	20,00	392,75	78,55	471,30
7.00%	7,00	43,64	3,06	46,70
		864,49	81,61	946,10

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Ghazal Ouissia

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

hypertension artérielle + obésité + dyslip  
longue durée DEC + statine (durée 30)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

COVERSYL 10g + Rosuva 5 →