

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060426

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1830 Société : R97 1237881
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LOUZ Mohammed
 Date de naissance : 30-06-1943
 Adresse : 2f. Bd Abdallah chq Yassine Belvedere Casablanca
 Tél. : 06 62 13 70 70 Total des frais engagés : 429,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL HAMMOUZI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med. V - Salverte

Date de consultation : 02/11/22
 Nom et prénom du malade : LOUZ Abdouleziz Age : 78 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bracty arsu
 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 : Casablanca Le : 02/11/22
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
02.11.22	Ex		130,00	Dr. EL HAMMOUY Abdelaziz Rég. Val de la "B" 2ème Etage Angèle Albert Premier et 3rd Med. V - Belvédère Tel: 01 47 00 00 00 Dr. EL HAMMOUY Abdelaziz Rég. Val de la "B"
08 NOV 2022	Ex		67	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/11/2022	144'60

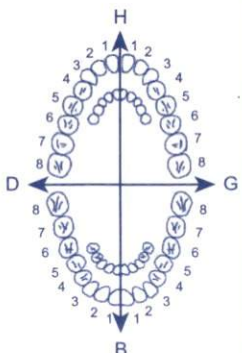
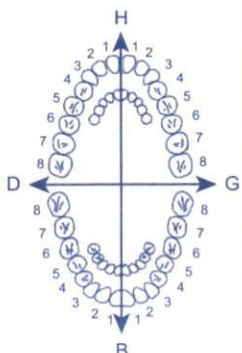
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

Casablanca le: 08 NOV 2022 في: الدار البيضاء

Abdelaziz dont

Aspirine 1g

PPV: 55,00 DH
LOT: 650094
PER: 05/24



Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose 18
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Méd. V - Boulevard

ساحة ال ياسير فالروز-ب- الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء- الهاتف: 05 22 24 55 55
Place El Yassir VALROSE B N5 2ème Étage Bd.Med V-Casa-Tél:05 22 24 55 55

Docteur El HAMMOUYI Abdelaziz
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

Casablanca le: 02.11.2025 في: الدار البيضاء

Dr. El Hamouyi Abdelaziz

19.70

22.30

40.00

82.60

20.60

Azulex

Flucap

Effines

Acet

Brachokob Sup

44.40

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L204

Rhumix®
Boîte de 10 sachets
P.P.V. : 22,00 DH
6 118000 191032

PPV 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012

LOT : 220509
EXP : 04/2025
PPV : 82,60DH

LOT:1158
PER:02/25
PPV:20,60DH

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angl. Albert Premier
et Rd. Med. V - Boudouare

ساحة ال ياسير فالروز ب- الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء- الهاتف: 05 22 24 55 55

Place El Yassir VALROSE B N5 2ème Étage Bd. Med V-Casa-Tél:05 22 24 55 55