

## 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 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° W21-710610

145386

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3209 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HEDOUAH Mohammed

Date de naissance : 11/1/1956

Adresse :

Tél. : 0770731574 Total des frais engagés : 396,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AHMED ELBALDI  
Médecine Générale  
Lotissement TISSIR N°207 Mediouna  
GSM : 0668 12 34 15

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 Dec 2022

Nom et prénom du malade : LANGHANI Fatima Age : 60ans

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

Nature de la maladie : Dysurie / Rte Aiguë / Relle

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 : Tachoua

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06 DEC 2022

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
		1	120,00	INP : 991919159 Docteur AHMED ELBAZ Médecin Généraliste Loi 80-568 du 11/05/80 CSN : 0655 11 34 15

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASR ALLAH Dr MAAMAR Jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 Médiane Casablanca Tél: 05 22 33 85 09	06.12.2022	2.76,50

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OOF.																					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H		G																		
	25533412	21433552	00000000		00000000																
	D		B																		
	00000000	00000000	35533411		11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

**Dr. EL BALDI Ahmed**  
**Médecine Générale**  
Ancien Médecin des Urgences  
Expert Judiciaire Auprès des Tribunaux  
de Casablanca

**الدكتور أحمد البليدي**  
**طبيب عام**  
طبيب سابق بأقسام المستعجلات  
خبير قضائي لدى محاكم  
الدار البيضاء

Le, **06 DEC 2022**

# ORDONNANCE

LAM GHANI Fatima

74,80

Spectreus  
19

**دكتور أحمد البليدي**  
**Docteur AHMED ELBALDI**  
Médecine Générale  
Lotissement TISSIR N°207 Mediouna  
GSM: 0668 12 34 15

74,80

63,30

Balloon  
2 gel 2x 7

LOT: 220292  
DLUO: 03/2025  
63,30DH

13,20

Cetamol  
19 2x 7

**CETAMYL 1000 mg**  
PARACETAMOL  
Boîte de 10 comprimés P.P.V.: 13,20 DH  
6 118000 191438

46,60

Xenid 10  
19 2x 7

LOT: 4477  
PER: 06/24  
PPV: 46,60 DH

78,60

Alora  
19 1

LOT: M0830  
PER: 07/2024  
PPV: 78,60DH

276,50

**دكتور أحمد البليدي**  
**Docteur AHMED ELBALDI**  
Médecine Générale  
Lotissement TISSIR N°207 Mediouna  
GSM: 0668 12 34 15

Lot TISSIR 207, Mediouna تجزئة التيسير 207 مديونة

GSM : 06 68 12 34 15 - Fix : 05 22 33 89 85 - ICE : 002252941000069 - PATENTE : 37700169