

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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° W21-774947

156282

☒ Maladie

☐ Dentaire

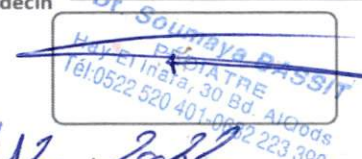
☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : Hamiddine Zahcen  
 Date de naissance : 25/05/71  
 Adresse : Appt 231 Rendene Riad EL Amaria Hay cherifa  
Anc chock Casablanca  
 Tél. : 0650391684 Total des frais engagés : 984,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 08/12/2022  
 Nom et prénom du malade : HAMIDDINE ZAHZEN Age : les 51  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : consultation de suivi  
 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 : 08/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNCP 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
02.12.22	9		25000	INP: 09/11/2020 Dr. SOUMAYA BASSIT GÉNÉRALISTE Tél: 020 401 401

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02 12 22	# 7340H

[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 :

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

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"/>																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td></td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		D			G		00000000			00000000		35533411			11433553		B					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H			G																																			
	25533412			21433552																																			
	00000000			00000000																																			
	D			G																																			
	00000000			00000000																																			
	35533411			11433553																																			
	B																																						
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr Soumaya BASSIT

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition  
Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)  
Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie  
et au centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



## الدكتورة سمية بسيط

إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة و التغذية  
طبيبة بالجمعية المغربية لأمراض الغدد و السكري للأطفال  
طبيبة داخلية سابقاً بمرکز أمراض الحساسية و الضيفة و الجهاز التنفسي  
و بمرکز أمراض الدم و أنكلولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

### ORDONNANCE

08/12/22

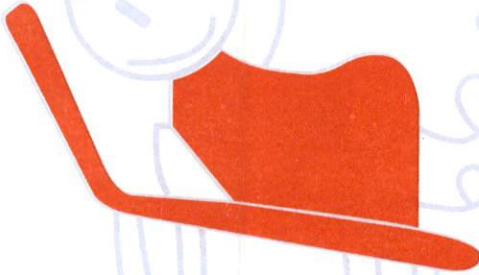
NN: Rimasse HAMIDDINE

734

1) Menacha (vaccin)

**Amine CHAMI**  
Pharmacie de la Commune  
3, Boulevard Zagora Ain chouch  
Tél 05 22 52 71 71  
INPE 09203/225

2) blatta orientalis Sch: 5 gale x 2/j (7j)



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
MENACTRA 0,6 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV: 734,00 DH



Dr. Soumaya BASSIT  
Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds  
Tél: 0522.520.401 / 0522.223.390

مركز إليت حي الإنارة، 30 شارع القدس، الطابق الثاني رقم 19

Elite centre Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19

Urgences : 06.82.22.33.90 - Tél. : 05.22.52.04.01

E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com