

# 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
- 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

M22- 0042824

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15235 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AZZAKHINI Nisrine  
 Date de naissance : 13/02/1993  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 0677109630 Total des frais engagés : 154,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07/08/23  
 Nom et prénom du malade : N. Nisrine AZZAKHINI Age : 30  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection gastro-intestinale  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 09/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
01/06/23	consulte		G	<p>DR. BENZOUZOU Généraliste Complexe Panorama de Ayou Boudou 08.05.14m.13.24 Casablanca - Tél: 06 74</p>

01/06/23 contof G

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	7/6/23	154,10

MAGIE SUN SO  
Dr. Amrara  
~~(Signature)~~  
Prof. Senoussi  
Faculté de Médecine  
Hôpital de la Faculté de Médecine  
52000216 - Paris  
731973000097

7/6/23 154,1 =

[illegible][illegible][illegible]

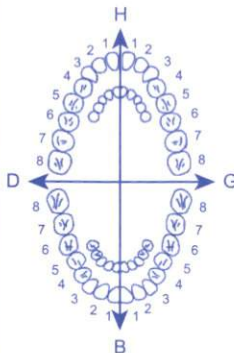
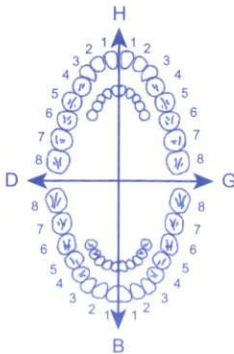
--	--	--	--	--	--	--

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>D</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	<b>H</b>																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	<b>D</b>																				
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	<b>G</b>																				
	<b>B</b>																				
<b>{Création, remont, adjonction}</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																		
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving downwards. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'.

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

[illegible]

MONTANTS DES SOINS	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

DEBUT D'EXECUTION	
----------------------	--

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

DATE DU DEVIS	
------------------	--

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. BENZZINE Amina**

**Spécialiste en Hépatogastro-entérologie et Proctologie**

**Endoscopie digestive**

**Echographie Abdominale**

Lauréate de la Faculté

de Médecine - Casablanca

Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



**د. بنالزين أمينة**

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد والشرج

المنظار الداخلي للمعدة والقولون  
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

**ORDONNANCE**

Casablanca, le: 07/06/23

123,60 07- Nisrine Azzoukine

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

CPR

Bolte 14

641NSDMP/21NRO P.P.V.: 123.600H

6 118001 020607

1/2 INEXIUM 40mg

1cp x 2/jr après repas pdt 14jrs

puis 1cp/jr après repas pdt 14jrs

2/ SUBPROLOT 50mg cp

30jrs 1cp x 2/jr pdt 1 mois

3/ Refluxid sirop en 20jrs sirop

1 cà s x 3/jr après repas

LOT : 5453  
UT-AV : 12 - 25  
P.P.V : 30DH50

مكتبة بانوراما، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدي معروف - الدار البيضاء

Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri; GH 03; Imm 13; 2ème étage Bureau N°8

Sidi Maarouf - Casablanca ☎ 05 22 97 60 09 ✉ amina.benzzine@gmail.com