

# 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

M22- 0042355

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2016

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAZZANI CHANDI M. el

Date de naissance : 19/10

Adresse : BOUZNIKA Rue OUAZZANI N. 623

Tél. : 0664973858

Total des frais engagés

364,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Katane Fedoua Mane  
Médecin Généraliste  
Tél: 0537 84 92 92  
Lot. Riad Essalam 1,  
Km. 1,5H 1,5 - Bouznika

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : OUAZZANI CHANDI KACOUTAR

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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.

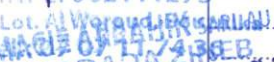
Fait à : Bouznika

Le : 21/08/2023

Signature de l'adhérent(e)



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
31/08/2023		C	1500H	<p><b>i. Katane Fedoua Mani</b>  <b>Médecin Généraliste</b>  <b>101 053 884 92 82</b>  <b>Ed. Nord Essalam 1,</b>  <b>35000 S. EL ANASSER - Soudan</b></p>
01/09/2023			INPE: 061184479	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE ARRAHIK Dr. BEN ADADA ZINEB Tél: 062111273 800, Lot. AL Wazir, JEMSAURU</p>	31/08/23	214,00
 <p>PHARMACIE BEN ADADA ZINEB Tél: 062111273 800, Lot. AL Wazir, JEMSAURU</p>	07/09/23	79,00

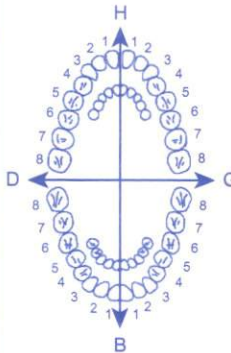
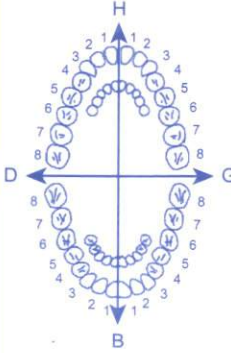
[illegible][illegible]

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez 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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>G</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr KATANE Fedoua Manal  
médecin généraliste

PHARMACIE ARRAHMANI SARL AU  
Dr. BEN ADADA ZINEB  
INPE: 062111273  
609, Lot. Al Woroud, Bouznika  
Tél.: 07 07 11 74 36

دكتورة كاتن فدوى منال  
طبيبة عامة

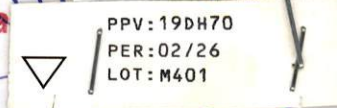
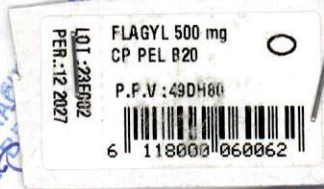
INPE: 061184479

# Ordonnance

Date : 21/08/2023

Durzzani chahdi Koutar

- 1) 73180  
IXOR 20mg 14 comprimés effervescents  
1c/1j  
43/20
- 2) 43/20  
Flagyl 500mg 14 comprimés effervescents  
1c/1j x 2j  
52/40
- 3) 52/40  
Smecta 18x2 sachets  
13/20
- 4) 13/20  
Agar 18x2 sachets  
18/30
- 5) 18/30  
Chloramphenicol 18x2 sachets



0667 45 99 16

E fedou



Lot. RIAD ESSALAM 1 IM 1 GH 1 AP 1 O, BOUZNIKA

214100



# ORDONNANCE

PHARMACIE ABRAHIM SARLAU

Dr. BEN ADADA ZINEB

INPE: 062111273

609, Lot. Al Woroud, Bouznika

Tél.: 07 07 11 74 36

07/05/2023

Nom : .....

Age : .....

Duazani Chahli Kantar

79,00



Alind Sim  
1 Cas x 3

79,00

PHARMACIE ABRAHIM SARLAU

Dr. BEN ADADA ZINEB

INPE: 062111273

609, Lot. Al Woroud, Bouznika

Tél.: 07 07 11 74 36

Imm. 1 Gh 1 Apt. 6 - Bouznika  
Lot. Riad Essalam 1  
Tél. 0557 84 92 92  
Méd. Médecine Générale

Dr. Katane Fegoua Manal

Date de prochaine visite:

Lot: 230022  
A consommer avant le: 01/2026  
PPC: 79,00 DH