

## 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- 154915

190920

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8952 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSAMI HASSAN

Date de naissance : 18/02/1964

Adresse : 747 HASSAMI RUE AL NOUJ HAY HASSAN

Tél. 0660 792667 Total des frais engagés : 710,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 JAN 2024

Nom et prénom du malade : HASSAN HASSAN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Rem

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
03 JAN 1985	C		10000	<p>INPRE: 091069666</p> <p>077 40 70 88</p>

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACIE POLYCLINIQUE Hassani INP: 09203817	03/01/2024	1118,36
		51020

ANALYSES, RADIOGRAPHS

[illegible]

## ALVILLANDES MEDICALIX

[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

\_\_\_\_\_

[illegible]

O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
------------------------------	--	--



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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

D

DATE DU  
DEVIS

G

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

يد الكزولي

محلف

المحاكم

60,00

Casablanca, le :

الدار البيضاء, في :

03 JAN 2024

195,20

1. Zylkot (S) x 67  
34 le matin

60,00

2. Chajmed 20 (S) x 27  
34 le matin

79,00

3. Fikot (S) x 27  
1cs x 27

82,10

4. Esac 20 x 27  
27

LOT: M0991

PER: 03/2025

PPV: 195.20DH

مختبرات ديفا  
ج واجبي صيدلي  
01186160

LOT  
EXP  
PPV

231792  
05 2027  
31.30

سعيد الشربول  
لدى المحاكم

LOT  
EXP  
PPV

231792  
05 2027  
31.30

PHARMACIE POLYCLINIQUE

DR. TIRABDELIZ

9, Route Mly Thami - Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 70 88 - Fax: 05 22 90 70 88

PHARMACIE POLYCLINIQUE

9390147 x 30

(S)

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la polyclinique Hay Hassani) Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



LOT

231792

EXP

05 2027

PPV

31.30

MS MAL E

LOT 23004

VER 04/25

TV 82DH10

82,70

MS MAL E