

# 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-013751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10135 Société : R. AIR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zaynab Amna

Date de naissance : 14/11/1975

Adresse :

Tél. 06667272

Total des frais engagés : 503,900 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : arthrose

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 : 24/11/2013 Le : 24/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : Zaynab Amna

Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LE PHARMACEUTIQUE DU 06.20.74 SAISIE EN MAI 1987 PAR M. DERRIDA	24.11.83	124.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

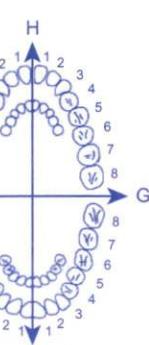
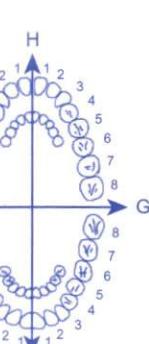
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE 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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Arthroscopie - Prothèses articulaires  
Médecine de Sport  
Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars  
2<sup>ème</sup> Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca  
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11  
E-mail : azizalaouim59@gmail.com



**الدكتور عزيز الاوي محمد**

أمراض وجراحة العظام والمفاصل  
المفاصل الإصطناعية  
الطب الرياضي  
خريج كلية الطب بتولوز

117, زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس  
الطاقة الثاني (فوق إينوي) - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22.86.02.11 - الفاكس: 05 22.85.51.52  
البريد الإلكتروني: azizalaouim59@gmail.com

الدار البيضاء في

Dr. AZIZ ALAOUI  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
117, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mars  
Casablanca - 1091016501  
ICE 00184379400096

117/25

Mr Amiha

ZOMARY

LOT: CA288  
EXP: 03/26  
PPC: 79.50 DH

44.90

Voltaren

Gel AS

Zacix 10g

AS

Duo Relax

1 - 0 - 2 15 + 14j

النوع



Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
117, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mars  
CASABLANCA  
INPE 1091016501  
ICE 00184379400096

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL  
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUSSI  
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الاستعمال: مصحة أنوال  
14, زنقة زكي الدين الطوسي  
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97