

# 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- 0046197

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : LAMNAOUAR Abdelaziz  
Date de naissance : 29.11.58  
Adresse : AV. TANTANI - Res. Les Terrasses - 11M - H 2ÈME ETAGE  
All. n°310 - Cas.  
Tél. : 066280-09.24 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 22/12/2023  
Nom et prénom du malade : Lammadjan Abdelaziz Age : .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : hyper-fébrile  
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 : Cas. Le : 02/01/23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





**ORDONNANCE**

22 décembre 2022

**Mr. LAMNAOUAR Abdelaziz**



TARDYFERON 80 MG COMPRIME ENROBE

40.50

1 cp x 2/j



**PHARMACIE EDEN LOCK**  
*Dr. Hanan HADOUCHA*  
60, Avenue Tantar & Bd La Corniche  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30.

**Pr. Saadia ZAFAL**  
Hématologie - Oncologie  
Clinique Al Madina  
Tél. 0522 77 77 40 - Fax: 0522 25 00 01



**F A C T U R E**

N° : 25030 / 2022 du 22/12/2022

Nom patient **LAMNAOUAR ABDELAZIZ**  
**PAYANT**

Entrée 22/12/2022

Sortie 22/12/2022

**CONSULTATION PR ZAF A**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>400,00</b>
----------------------	--------------	---------------

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

**Dr. Saadia ZAFAL**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA/  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 23 07