

## 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

N° W21-823410

185873

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0143 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AHAD AAT MAD

Date de naissance : 23/04/1960

Adresse : 3, Rue ARLOUAN, CASA OARS

Tél. : 065154146 Total des frais engagés : 508,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2023

Nom et prénom du malade : AHAD AAT MAD Age : 63

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

Nature de la maladie : B. Chik ougers

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 : MUPRAS Le : 08/12/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 16/10/23        | CH                | 1                     | 308, -                          | INP: 091082737                                                 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                         | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie MIRABEL<br>1, rue des Écoles, 41, A. Bouahid Ouss, Casablanca<br>Tél: 021 33 13 59 Fax: 021 23 20 55 | 16/10/23 | 308, -                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| 25533412                   | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| 00000000                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| D                          | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| 00000000                   | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| 35533411                   | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| B                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Bahija FADDI

MÉDECINE GÉNÉRALE  
NUTRITHÉRAPIE DIÉTÉTIQUE  
MÉDECINE ÉSTHÉTIQUE  
ÉCHOGRAPHIE

Diplôme universitaire de la faculté de  
médecine de Montpellier - FRANCE  
Diplôme universitaire de Dermatologie  
Interventionnelle

5, Rue des Mésanges Angle  
Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS

Tél. : 0522 232 232

06 61 14 66 66

# الدكتور بهيجة فضي

الطب العام  
الحمية و التغذية  
طب التجميل  
الفحص بأشعة الصدى  
الشهادة الجامعية بكلية الطب  
بموبولي فرنسا  
الشهادة الجامعية لطب الجلد التداخلي  
5, زنفقة دي ميزانج زاوية شارع  
عبد الرحيم بوعبيد - رقم 6 الوازيز

الهاتف: 0522 232 232

06 61 14 66 66

Casablanca, le 16/02/2023 في الدار البيضاء،



LOT | 231087  
EXP | 03 25/  
PPV 170.00 DH

170,00

Ofikell

55,00

242 x 48 x 6

Bionylase

83,-

143 x 11

Docu...

Docteur Bahija FADDI  
Généraliste, Endocrinologue  
Nutritionniste, Médecin  
Médecine Esthétique, Anti-âge  
5, Rue des Mésanges Angle  
Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS  
Tél: 0522 232 232 / 0661 14 66 66

55,00

LOT: 230215  
DLUO: 02/2026  
83,00DH

T= 308,-