

## 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.

#### Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

MUPRAS  
RECEPTION 9

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010433

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598 Société : RAM

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL MOUDDEN Date de naissance : 25/12/1960

Adresse : HASSAN

Tél. : 06 64 31 52 78 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Abdenbi ZAHAR**  
Chirurgien Urologue  
& Urologiste  
330, Bd. Des El-Harti Sebata  
Casablanca  
Tél. 05 22 55 58 56

Date de consultation : 08/09/2019

Nom et prénom du malade : EL MOUDDEN Hassan Age : .....

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

Nature de la maladie : CONALGIES G.

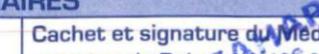
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : D.F. KOUA Le : 23/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/09/12	SS		200 DH	
02				

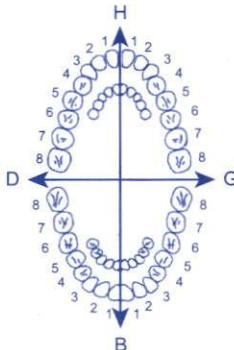
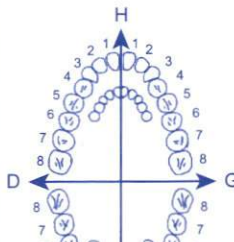
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/9/19	369,60

[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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	<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>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

DR. ZAHAR, ABDENBI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédie

الدكتور زهر عبد النبي

إختصاصي في طب وجراحة العظام  
و المفاصل



Casablanca, le : 18/09/2019 الدار البيضاء في :

EL BOUDDEN Hassan

21 Motilone 15 mg cp

بعد الغداء 1 cp

37.00

2 DULASTAN cp

1 - 0 - 1

قبل النوم 1 cp

3, Newflex cooling gel

99.00 1cp - 1cp - 1cp

4, Mavef 300 mg cp

96.00 1cp

5, Praxalos 1 cp

بعد الغداء 1 cp

336. شارع إدريس الحارثي (شارع شجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 55 56 56

336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca

el Cabinet : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com

New Care AG, CH-4452 Itingen  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



09/22

ISOPHARM

LOT

710

Newflex Cooling

95,00 DH

MFD

10/18

PPV: 96DH00  
PER: 11/21  
LOT: 1956-2



42,60  
PPV 42DH60  
PER 01/22  
LOT 1215

61  
LOT PER  
Prix 92,00  
99,00 29  
PARIS - FRANCE  
SER CASH  
ETUI

DULASTAN<sup>®</sup> 500mg/250mg  
Panacitam<sup>®</sup> / Tilosaclicsacide  
Boite de 20 comprimés  
دولاستان  
بار الستيرويد / الستيرويد  
عشبة من 20 قرصا

37,00