

## 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (Lun - Ven)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-487537

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : BENHADDOUCH LAHCEN

Date de naissance : 05/10/1943

Adresse : 22 Rue DARJA 26040 RABAT

Tél. : 0537775224 Total des frais engagés : 470,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR**  
Ex-Professeur d'Ophtalmologie  
13 Bis, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél. : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

Date de consultation : 20/11/19

Nom et prénom du malade : Ghazali Ghislain Ep Benhaddouch

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

Nature de la maladie : Oculaire

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 : RABAT Le : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



INP 101019016

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le paiement des Actes
13-11-19	C	250		DR. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR
20-11-19	C	6		Ex. Professeur d'Ophtalmologie 13 Bis, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat Tél.: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant des Actes
Pharmacie AZAHRA Oussema Hay Alina 05, Av. Oued Roman, Hay Alina Sala - Tél./Fax : 05 37 80 71 00	13/11/19	148
	20/11/19	7280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

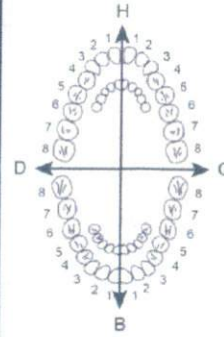
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

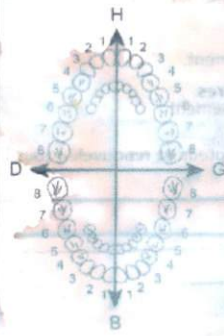
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

	25533412	21223333	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	00000000	00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	00000000	00000000	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR**

Professeur d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
Chirurgie réfractive



**الدكتورة نعمة المدور بلنضر**

استاذة في طب وجراحة العيون  
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le **13 novembre 2019**

**Mme GHAZOULI EP BENHADDOUCH Ghizlane**

1484

**CATIONORM COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux



Traitement pendant : 3 Mois

Pharmacie AZ-ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
13 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiel  
Rabat - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

**Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR**  
Ex. Professeur d'Ophtalmologie  
13 Bis, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32



**Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR**

Professeur d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
Chirurgie réfractive



**الدكتورة نعمة المدور بلنضر**

استاذة في طب وجراحة العيون  
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le 20-11-19

N° Ghazouli ép Benhaddou  
Ghizlane

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip inj b1 ser  
0.5 ml

P.P.V: 72,80 DH



7280 Vaxigrip : n°1

Pharmacie AZ-ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
13 bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiel  
Rabat - Tél./Fax: 05 37 80 71 00

**Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR**  
Ex-Professeur d'Ophtalmologie  
13 Bis, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32