

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45

## Déclaration de Maladie

N° W19-487537



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule: 0903

Société :

Retraité

Nom & Prénom :

BENHADDOUCH LAHCEN

Date de naissance :

05/01/1943

Adresse :

22 Rue Darío Agdal-Rabat

Tél. :

0537775224  
0671701392

Total des frais engagés :

470,80

Dhs

Cadre réservé au 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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/11/19

Nom et prénom du malade :

Ghazali Ghajsa ep Bentabdallah

Age: 62

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 : 20/11/19

Le : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

INP 101019016

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
13-11-19	C		250	DR. N. LAMDOUAR BELLAHDAR EX: Professeur d'Ophtalmologie 13 Bis. Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32
20-11-19	C			DR. N. LAMDOUAR BELLAHDAR 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 du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Dr. Bensouda Mohammed Oussama Oued Roman, Rabat 105, Av. Oued Roman, Rabat Tel/Fax: 05 37 80 71 00	13/11/19
Pharmacie AIZAHRA Dr. Bensouda Mohammed Oussama Oued Roman, Rabat 105, Av. Oued Roman, Rabat Tel/Fax: 05 37 80 11 00	14/11/19
	720-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
13 Av. Sale, Tel: 05 37 80 11 00			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 212345678 D 87654321 G 87654321 B 12345678</p> <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS DR. N. LAMDOUAR BELLAHDAR EX: Professeur d'Ophtalmologie 13 Bis. Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat Tél: 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32
				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 بلخضر**

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

Rabat, le **13 novembre 2019**

**Mme GHAZOULI EP BENHADDOUCH Ghizlane**

*NB:* **CATIONORM COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux



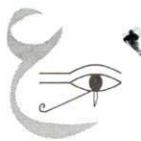
Traitements pendant : 3 Mois

*Dr. N. Lamdoar Bellakhdar*  
Dr. Bensouda Mohammed  
Drs. Oussama, Hay Al Inbiel  
Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiel  
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 بحضور

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

Rabat, le .....

20-11-19

N° Chazouli ép Benhaddach  
Chizlane

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  
S 118001 080748

72,80 Vaxigrip : n° 1

Pharmacie AL-ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussama, Hay Al Inbie,  
Bis. Av. Oued Roman, 0537807100  
Tél/Fax : 0537807100

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