

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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° P19-0035260

N° = 21950  
☐ Optique

☐ Autres



**Maladie**

☐ Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FARISS Mohamed  
Date de naissance : 12/07/67  
Adresse : 239, Rue TAZARINE Casa. A.M.  
Tél. : 06.06.51.12.12 Total des frais engagés : 150 + 149 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 03/02/2020  
Nom et prénom du malade : FARISS MOHAMED Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection respiratoire  
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 : 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


07/12/2020	C	1	150,00	
------------	---	---	--------	--

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

 Pharmacie AL-MOSTAKRAL 142, Lot. Mostakral, Al-Mostakral Tel: 05.24.24.91.05	31/21/20	128,70
--	----------	--------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires


# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Praticien

Date des  
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

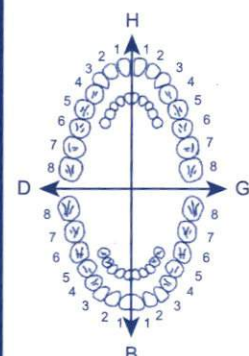
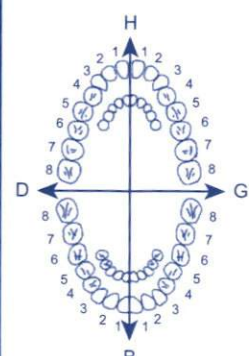
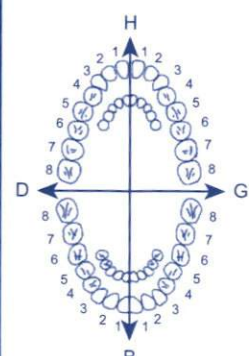
Montant détaillé  
des Honoraires


# 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 				DEBUT D'EXECUTION														
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					FIN D'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 05/2022  
LOT 96042 3

PPV:14DH00

PER:09/22

LOT:I2019

79,70

PPV 79DH70

PER 07/22

LOT 11842



حاصل على دبلوم بجامعة  
مونبولي بفرنسا

-Certificat Médical pour l'obtention  
ou renouvellement du «PERMIS DE CONDUIRE»

11,Bv.de la Résistance(Ex route Admim)

près de Station Afrikaia

Ait Melloul - Agadir

Tél : 05 28 24 05 95

INPE: 041070814

-الفحص الطبي للحصول على  
أو تجديد « رخصة السياقة »

11. شارع المقاومة (طريق آدميم سابقا)

قرب محطة أفريقيا

أيت ملول - أكادير

الهاتف : 05 28 24 05 95

Email : lahsen\_haida@yahoo.fr

Ait Meloul, le:

03/02/2020

أيت ملول في :

FARIES Ait Melloul

79,70

19

Aziiz Neouy

27,30

21

1er, 3 juil

Drill siag

27,70

31

Alca SX 31,

14,00

41

Doigraim

118,70

14

14 X 24

Dr.HAIDA Lahsen  
Médecine Générale  
Diabetologie - Echographie  
11, Bld de la Résistance Ait Melloul  
Tél: 05.28.24.05.95

Pharmacie AL-MOSTAKRAM  
Tél: 05.28.24.05.95

الرجو الاحتفاظ بهذه الوصفة للزيارة القادمة

27,30

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.

**Drill®**

Expectorant

**ADULTE**



DOCTEUR HAIDA LAHSEN

Médecine Générale

-Diabétologie

-Echographie Clinique

-Certificat Médical pour l'obtention  
ou renouvellement du « PERMIS DE CONDUIRE »

Diplômé de l'Université  
de Montpellier I France

11, Bv. de la Résistance (Ex route Admin)

près de Station Afrique

Ait Melloul - Agadir

Tél : 05 28 24 05 95

INPE: 041070814

Email : lahsen\_haida@yahoo.fr

الدكتور حيدا الحسن

الطب العام

-أمراض و داء السكري

-الإيكوكرافيا

-الفحص الطبي للحصول على  
أو تجديد « رخصة السياقة »

حاصل على دبلوم بجامعة  
مونبيلييه I بفرنسا

11. شارع المقاومة (طريق أميم سابقا)

قرب محطة أفريقيا

أيت ملول - أكادير

الهاتف : 05 28 24 05 95

Ait Meloul, le: 03/02/2020 أيت ملول، في

## Note d'honoraires

Mme/Mr : ...FARISS NOHAIRED...

Recu la somme de cent cinquante :(150)  
dirhams pour consultation médicale.

Signe :

  
Dr. HAIDA LAHSEN  
Médecine Générale  
Diabétologie - Echographie  
11, Bv. de la Résistance Ait Melloul  
Tél: 05.28.24.05.95