



MUPRAS

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



Maladie

Dentaire

Cadre reconnu à l'assurance maladie

## Déclaration de Maladie

N° W19-563728

37 397

Optique

A

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-451588

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

13186

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

EL OUAHDANI Mohamed Amine

Date de naissance :

05/11/1932

Adresse :

Ville n° 181 lot EL MANSOUR Nekha

Tél. :

06 76 16 35 82 Total des frais engagés :

703,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/06/2020

Nom et prénom du malade :

EL OUAHDANI MOHAMED DAHINE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

TENARA

Le : 08/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/06<br>2020   | C                 |                       | 302.01                          | INSTITUT DE SANTE SOCIETE<br>Dr. Abdellah Yousfi<br>Professeur de Radiologie<br>Av. Mohamed V, Rue Hassan II<br>B.P. 1117 Rabat - MAROC |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL MIRAQ<br>AY. EL KHALIFA<br>Bouq Témara - 16.03.37.61.13.66 | 19/06/2020 | 209,10                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

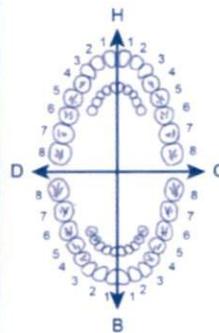
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

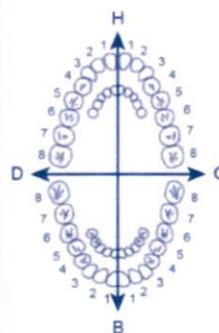
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Abdellah EI MAGHRAOUI

## Professeur de Rhumatologie

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction

Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International

Osteoporosis Foundation



Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 EXP 01/2022  
LOT 90043 1

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 EXP 02/2021  
LOT 91017 1

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 EXP 09/2021  
LOT 97013 2



19/06/2020

## MR EL OUAHDANI MOHAMED AMINE

- Di-indo 50 mg  
1 cp x 3/ jour x 3 mois
- Esac 20 mg  
1 cp/j x 3 mois



Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 EXP 01/2022  
LOT 90043 2

PPV 53DH00 EXP 09/2021  
LOT 97013 2



LOT 90043 2

144,50

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني ،الرباط

Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Appt N°6, Rabat

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : www.rhumato.info

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 002284604000029