

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- N° 037509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3272 Société : (51187)

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAIRE


Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE

Date de naissance : 12 - 05 - 1952

Adresse : 12 RUE MOUAFFAZ EDDINE PT 10  
2576 Q. HOPITAUX CASABLANCA ANFA

Tel : 69 08 63 97 Total des frais engagés : 45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03/07/2020

Nom et prénom du malade : Ezzeddine LAHLALI Age : 58 ans

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 : CASABLANCA Le : 03/12/2020

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 la nature du Médecin attestant la nature des Actes
03/12/19		5	300	<p>Med. A. HESSISSER</p> <p>O.R.L.</p> <p>RI de Diagnostic et Exploratoire</p> <p>E. AL FARAHI Casablanca</p> <p>Jeon Joudes et Brehni Routine</p> <p>22.47.20.20 - Fax : 06.22.16.16</p> <p>NFE : 094059753</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/20	156.

[illegible][illegible]

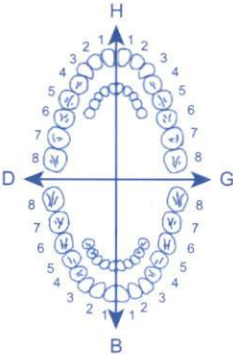
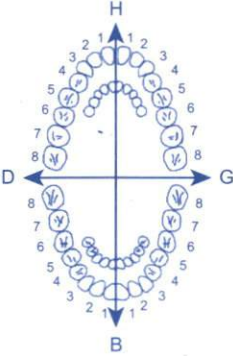
\_\_\_\_\_

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

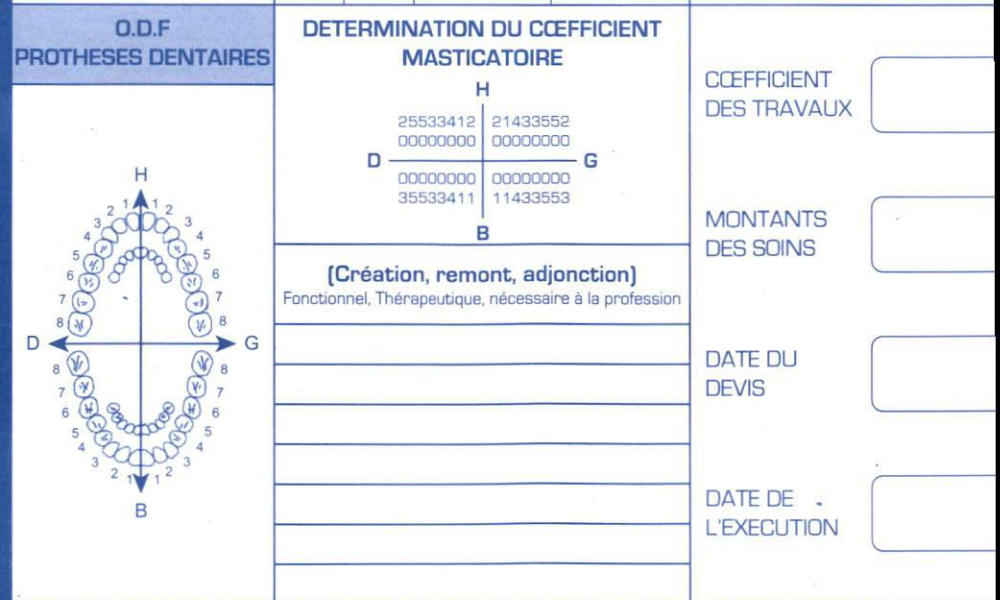
### Important :

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																																					
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																				
				MONTANTS DES SOINS																																				
				DEBUT D'EXECUTION																																				
				FIN D'EXECUTION																																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																				
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> <td rowspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS							DATE DU DEVIS							DATE DE L'EXECUTION														
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>																																					
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفارابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 03/12/2020

Casablanca, le .....

Monsieur AZZEDDINE LAHLALI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

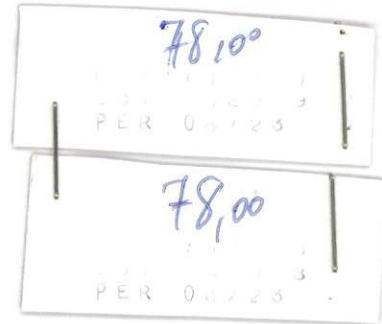
Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

782  
BETASERC CP  
1CP \* 2 PAR JOUR \* 1 MOIS



156.-  
PHARMACIE DE LA SECURITE  
NOM  
Nadia ELMANJRA  
130. Bd My Oriss 1er  
Casablanca  
Tél: 0522 86 22 45

Signé : Professeur HESSISSEN M A



Angle

Boulevard Brahim Roudani  
&

7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

C2