

## 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, parodontologie 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-601783

54556

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BEDRI HAMID

Date de naissance : 28-12-1961

Adresse : HABITUELLE

Tél : 06 62 01 48 11

Total des frais engagés : 897 MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : EL HOUCINI ESSADIA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anéxiété et Stress

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 : NOUASSER

Le : 06 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

*Hamid*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-601783

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



**SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez 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	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de l'exécution																					

**VOLET ADHERENT** NOM : BEDRI HAMID Mle : 6798

DECLARATION N° W14-016163

Date de Dépôt 06/01/2021 Montant engagé 297,30 DH Nbre de pièces Jointes 4

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

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

W14-016163

DATE DE DEPOT  
06/01/2021

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT** Mle : 6798  
Nom & Prénom BEDRI HAMID  
Fonction : Agent Phones : 06.62.01.48.11  
eMail : hbedri@royalairmaroc.com

**MEDECIN** Prénom du patient Dr. Saad ELBOUSSINI  
Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age : 09/11/20  
Nature de la maladie Amxile et stes Date 1ère visite : 09/11/20  
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Erly Nbre de Coefficient 120914 Montant détaillé des honoraires 120914

**PHARMACIE** Date 09/11/20  
Montant de la facture 177,30

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : 09/11/20  
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date : 09/11/20  
Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine  
Et de la pharmacie de CASABLANCA  
Ex Médecin au CHU-CASABLANCA  
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrchid  
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيما الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي ببرشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 09/11/2023 برشيد في

M. Saadia ELHOUSSEINI

① - 721°

Alivian

24.00

LOT: 020000  
DLUO: 03/2025  
P/V: 27.00DH

② - 821°

Relaxin Be

LAXANT

LOT: 200199  
DLUO: 06/2023  
67.00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJD, Pharmacien Responsable

③ - 6313°

Balmyl

ne pas laisser à la portée des enfants.  
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT: 200273  
DLUO: 07/2023  
63.30DH

17713°  
2 st + 36

Dr. Chaymae ELOUAZZANI  
Omnipraticienne Echographie  
Résidence Ibn Khaldoun  
App. N°2  
Tél: 0522 32 48 12

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب حديقة المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 12  
Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - Appt N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12  
GSM: 06 62 14 34 32 - Email: elouazzanichaymae@gmail.com

④ - Bayanthen an  
1990/2/20

~~Dr. Cheymas ELQUAZZANI  
Omnipraticienne, Esthéticienne  
Résidence Ibn Khaldoun Port 32  
App. N°2  
Tél: 0522 32 43 12~~