

# 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

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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-566911

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 43133 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTOUNE IMADEDDINE

Date de naissance : 05/10/91

Adresse : iattoun@gmail.com

Tél : 0663 79 82 30 Total des frais engagés : C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 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 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 : 24 / 12 / 20

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 4/12/2020       | C <sub>1</sub>    | C <sub>1</sub>        | 130 D.H                         | INF : 061 230 358<br>Dr Ahlam ZGUENI<br>Médecin Généraliste<br>Lot Nora 5 2 <sup>ème</sup> étg N° 4 Berrechid<br>Province de Berrechid<br>Tél : 06 76 67 07 80 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ALHIA<br>Lot Nora 5 2 <sup>ème</sup> étg N° 4 Berrechid<br>Province de Berrechid<br>Tél : 06 76 67 07 80 | 24/12/2020 | 144,3                 |
|  | 21/12/20   | 30,80                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

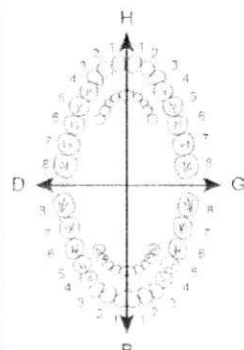
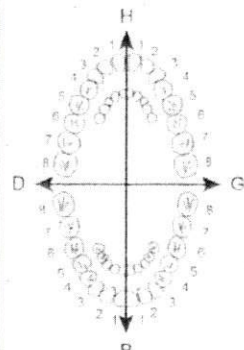
| Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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.

|  |  |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|--|--|----------|--|--|---------------------|--|--------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|--|
|   |  |          |  |  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX                          |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  |  |          |  |  |                     |  | MONTANTS DES SOINS |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  |  |          |  |  |                     |  | DEBUT D'EXECUTION  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  |  |          |  |  |                     |  | FIN D'EXECUTION    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  | <b>D.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   |          |  |  |                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>21433553</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>05533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |          |  |  |                     | H  |                    | 05533412 | 21433553 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 05533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |  |
|  | H  |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  | 05533412   | 21433553 |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
| 00000000   | 00000000   |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
| D  | G  |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
| 00000000   | 00000000   |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
| 05533411   | 11433553   |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
| B  |  |          |  |  |                     |  |                    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |  |
|  |  |          |  |  | 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



Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خریجة كلية الطب

بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالمري

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي

الحمية العلاجية

## ORDONNANCE

Déroua le 24/12/2024

Dr. Ahlam ZGUIOUAR  
Médecin Généraliste  
Lot Nora 5 2ème étg No 4 Deroua  
Province de Berrechid  
Tél: 06 76 67 07 80

I khom Bhatti

32,00

- Lactobac



8in

PPV

act 13h

42,00

- Omi 3 long



alli 8in

- AN+SP 200

act 3h

8in

APRIL 10/2025

- Gynoparyl



act 3h

70,30

144,30

Ahlam ZGUIOUAR  
Médecin Généraliste  
Lot Nora 5 2ème étg No 4 Deroua  
Province de Berrechid  
Tél: 06 76 67 07 80

تجزئة نورة 5 (أونا- بدر الخير) الطابق الثاني الشقة 4 الدروة برشيد

Lotissement Nora 5 ( Ona Badr el kbayr )2ème étage App 4 Deroua Berrechid .

Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG - Suivi de grossesse - Diabète - hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

حسية داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي

الحمية العلاجية

## ORDONNANCE

Déroule : 30/12/22

Voir PPV  
audios -

Dr. BA hodi IKRAM

3080

- Rimidutrop

ou

7 cas x 3/1 avant Pes Regros.

Dr. Ahlam ZGUIOUAR  
Médecin Généraliste  
Lot Nora 5 2ème étg N° 4 Deroua  
Province de Berrechid  
Tél : 06 76 67 07 80

Lot: 3719A  
 EXP: 02.2025  
 PPV: 32,00

Fleximat  
 14 gélules  
 Omiz 20mg  
 6 118000 092421

3 ovules  
 Gyno Pevaryl 150 mg  
 6 118000 012023

Dr. AHIAM ZGHIOWAR  
 Médecin Généraliste  
 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage No 4 Derouss  
 Province de Berrichid  
 Tél : 06 76 67 07 30

Con: L. Mucous