

## 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 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
- 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

M22- 0014703

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

666

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

YAHIRI - Abdouf

Date de naissance :

10/01/1939

Adresse :

6 Rue KETRA EL BAHIR Louchan  
Casablanca

Tél. :

0661200379

Total des frais engagés :

320,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin remplaçant  
Dr. Zineb DEBBARH  
E-Mail: delbarh.zineb@gmail.fr

Date de consultation :

20/12/2022

Nom et prénom du malade :

JAHIRI LILA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatisme

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

20/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

YAHIRI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MUPRAS  
26 DEC. 2022  
ACCUEIL



# 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
20/11/22				<i>[Signature]</i> D. Zineb DEBBARH Rhumatologue E-Mail: debbarh.zineb@hotmail.fr

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien du groupement

Date: 20.11.22  
Montant de la Facture: 320,90

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

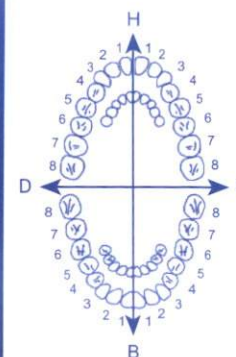
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

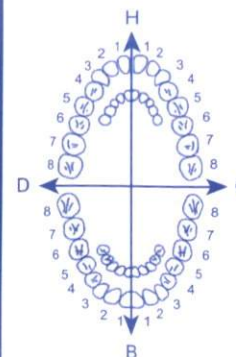
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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. Salah Eddine Maârouf

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Médecine de Marseille

Ex.Attaché au C.H.U de Montpellier

PPV: 10DH30

PER: 08/25

LOT: L2785

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K25D  
EXP: 11/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K25D  
EXP: 11/2023

PUC: 198.00DH

C163

2024-09

CNK 3259-850



بالتطبيب اليدوي  
الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: .....20/12/2022.....

TAHIRI LEILA

- Doliprane 500 mg - comprimé sécable  
1 à 2 cp par jour à la demande
- Nociceptol  
1 apl 2 fois par jour
- D-cure 25000 ui - ampoule buvable  
1 ampoule par semaine puis 1 ampoule par mois ( 2 btes )

Médecin remplaçant  
Dr. Zineb DEBBAH  
Rhumatologue  
E-Mail: debbah.zineb@outlook.fr

PHARMACIE L'ORCHIDEE  
Angle Boulevard Ghandi &  
Angle Route d'Azemmour  
21 500 CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.35.66.22  
INPE : 092046317