

## 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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-775747

153329

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10244

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAROUSSE ASMAA

Date de naissance : 19-06-1972

Adresse : 9 R 4 Inara 1 Ain cheeb

Tél. : 06 766 70 747 Total des frais engagés : 300 + 354 = 654 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. My. CHERIE SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Bd. Abdelmo... 245 mm C

TWIN Résidence Casablanca

GSM : 060 370 149

Tél. : 092 277 185

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : ELAROUSSE ASMAA Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Névralgie Cochléaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature attestant le Paiement des |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/12/22        |                   | 1                     | 3000                            | IMPE 09125930                                 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur   | Date     | Montant de la facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE LAHRICHI SARL<br>550, Bd. Al Gouds, Imme. Ain Chok<br>Casablanca - IMPE : 092040421<br>Tel: 05 22 92 49 29 | 21/12/22 | 354,50                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

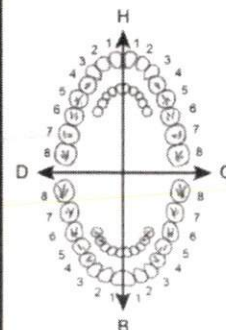
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

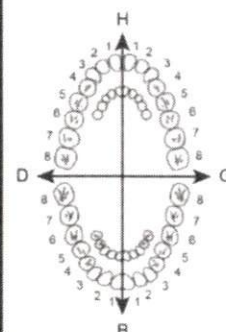
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

# Docteur Moulay Chérif SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Diplôme de la Faculté de Médecine

de Strasbourg

Ancien attaché au CHU de Strasbourg

Exploration Neurophysiologique

ICE : 0016499618000095

N° d'inscription au tableau de l'ONM : 2937.

INP: 09125890

PHARMACIE LUMIERE  
LAHRICHI SARL  
350, Bd. Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage N° 4 Casablanca - INPE : 092040421  
Tél.: 05 22 52 40 29

Casablanca le :

Nom :

21/12/2024

EL AHOUSSI ASMAB.

Lot:

Exp:

PPV: 136DH50

GTIN: 06118001260850

LOT: 4017

MFG: 06 2022

EXP.: 06 2025

PPV: 940hs00



136,50  
+ 2 gel pour

2 pour

30,00

Dolton

188,00 Sep x 3 / 10 jours

354,50 94,00 x 2

Myoflex Sep x 3 / 10 jours

GTIN: 06118001260850

LOT: 4017

MFG: 06 2022

EXP.: 06 2025

PPV: 940hs00



PPV 30DH00

PER 06/25

LOT L1958

PHARMACIE LUMIERE  
LAHRICHI SARL  
350, Bd. Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage N° 4 Casablanca - INPE : 092040421  
Tél.: 05 22 52 40 29

Dr. Moulay Chérif SBAI  
NEUROCHIRURGIEN  
350, Bd. Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage N° 4 Casablanca - INPE : 092040421  
Tél.: 05 22 52 40 29

En cas d'urgence veuillez contacter la clinique au : 05 22 82 11 41

245, شارع عبد المومن، إقامة توين العمارة C، الطابق 1، رقم 4 - الدار البيضاء

245, Bd. Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage N° 4 Casablanca - Patente 36329230

E-mail : cherifsbai@hotmail.com : البريد الإلكتروني - GSM : 06 69 13 29 00 : المحمول - Tél.: 05 22 27 71 85 / 05 20 18 64 74 : الهاتف