

## 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

N° W21-772340

155091

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10777 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZRIQUEL FADWA

Date de naissance : 04/01/1979

Adresse : Rue Ali Abdelaziz Residence GHITA Velodrome

Tél. : 063372527 Total des frais engagés : 600 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/01/2023

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 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 28/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/12/2013		600		INP : 09168690

[illegible]

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

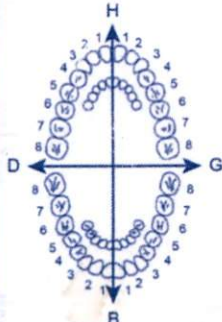
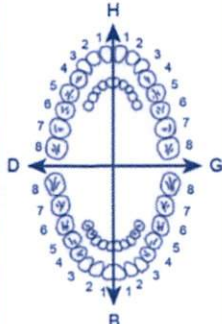
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Imane BEKOUCHI**

**Spécialiste en-Gynécologie  
Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie - Colposcopie - Hystérocopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes

**الدكتورة إيمان بكوشي**  
**إختصاصية في أمراض النساء  
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص والجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
جامعة ديكارت-باريس

Casablanca, le : ..... 28/01/2023 ..... : الدار البيضاء, في

Mme : ..... Am .....  
Zriouel  
Fadwa

Facture

Consulte + Gél. gyné  
Pelv +  
Zetrait DIN

600,000  
Gsm: 0661 961 404 - Tél: 05 22 930 930  
Imm. Communal - Obstétricienne  
Entrée B - 2ème Etage - N° 11  
Hay Hassani - Casablanca

عمارة الجماعة المدخل ب, الطابق الثاني رقم 11, طريق أزموور- الحي الحسني- الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B 2ème Etage - N°11- Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930



**Docteur Imane BEKOUCHI**

**Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystérocopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بكوشي**

**إختصاصية في أمراض النساء  
والتوليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت- باريس

Casablanca, le : 28/01/2013 : الدار البيضاء، في :

Mme :

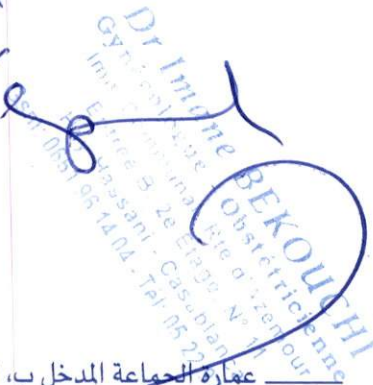
M<sup>me</sup> Zineb Fadila

لتكون له التوقيع،

أعنته،  
مجلسه

Anne se le patient,

- Abdellah  
Le D<sup>r</sup>.



عمارة الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزموور- الحي الحسني - الدار البيضاء

Immeuble Communal RTE d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930