

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-001160

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11779 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAGZIRI Samir  
 Date de naissance : 08/21/1975  
 Adresse : 163281  
 Tél. : 0663669758 Total des frais engagés : 400,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 05/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Ey Ahmed Lagziri Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite Asthmatiforme  
 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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)



[illegible][illegible][illegible][illegible]

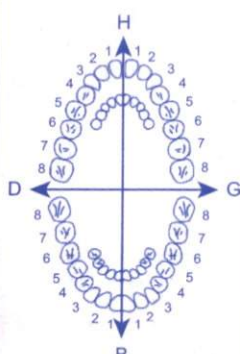
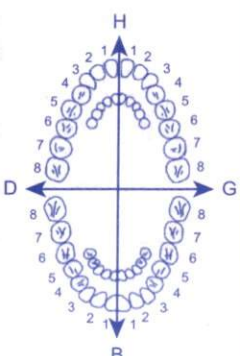
\_\_\_\_\_

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

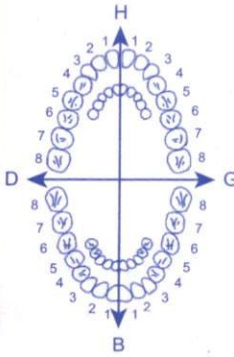
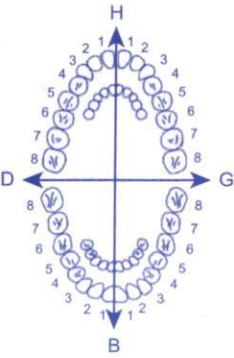
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">                     25533412 00000000                 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">                     21433552 00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">                     D 00000000 35533411                 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">                     G 00000000 11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B	
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553										
	B											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000035533411</div>G<div>0000000011433553</div></div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Myriam Wahbi Zizi

Spécialiste en médecine de travail

Ancienne interne à la maternité

du CHU averroes

Electro cardio-gramme

médecine Générale

Echographie Générale



الدر كنورة مريم وهي الزبني

إختصاصية في طب الشغل

طبيبة داخلية سابقا قسم التوليد

مستشفى ابن رشد

التخطيط الكهربائي للقلب

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le

25/05/2023

Euf Ahmed



8000  
Agi a sb Cifout



200 jours de 25kg

201 Bekamyl bit op



100 c a 2.1 j a 5 jours

301 Pivoline goutte mentale

1 Pule a 4.1 j a 5 jours

401 Alona 5mg cp

1cp, 6 bis a 10 jours

حي إفريقيا سعاد 2 الزنقة 55 رقم 6 (قرب صيدلية سيف الدين) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 31 06

Cité IFRIQUIA - Souad 2 - Rue 55 - N° 6 (prés pharmacie siffe eddine) - Casablanca - Tél : 05 22 37 31 06

Fax : 05 22 37 31 06 - Patente N° 37304580 - ICE 00205426400054

في حالة الإستعجال : 06 61 07 80 51 GSM



Lot N°:  
FAB:  
EXP:  
PPV: 149DH00

100, 14200  
Bustema spray - meret  
1 bul 1j 6 nst x 20 j au  
601 2 emoung enrop  
1 nst x 21j x 20 j au  
201 Bolusop 800 g 4  
14 n 31j x 8 j au



250.40

Dr. Myriam WAHBI ZIZI  
Médecine Générale  
Cité Attiooui, Portad 2  
Boulevard de Casablanca  
Tél: 05 22 37 51 00

Pharmacie ATTIOUOI  
Derb El Kheir, Rue 1, N°6 Ain Chock  
Casablanca - Tel. 05 22 52 08 42