

# 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
- 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- N° 004329

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M224 Société : RAM 166010  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABBOU MAHACINE  
 Date de naissance : 26 10 97  
 Adresse : AL. EL GENE FATHI 1 Rue Idriss Housseini  
Agathe CASA  
 Tél. : 06388 55089 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr khadija ZIRARI**  
29. Rue Taha Houcine  
CASABLANCA  
Tél: 022 49.16.80/81

Date de consultation : 15 / 06 / 2023  
 Nom et prénom du malade : ABBOU MAHACINE Age: .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
 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



# 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
5 JUIN 2023	CS		350,00	Dr khadija ZIRARI 29, Rue Jaha Hobdne CA 481444 CA Tél: 022 49.16.80/81

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

*[Signature]*

15  
6  
2023

Pharmacie FOUCAULT  
24 Rue Moussé-Bnou Moussair  
Gautier - Casablanca  
Tél: 05 22 26 22 62  
NPE: 092028802

# 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

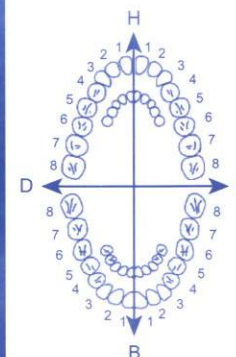
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

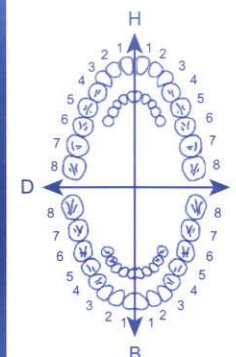
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

12,30

IJA ZIRARI

l'Appareil Digestif  
thérapeutique



زيراري  
الضمي  
طبية  
Fabrique par :  
Dr. Khadija ZIRARI



PURGALAX

LOT 17287/FC15  
12/2025 PPC 59,90

أستاذة مساعدة سابقة بمستشفى بوجون (فرنسا)  
الداخلي والبواسير - الكشف بالصدى الصوتي - خبيرة محلقة لدى المحاكم  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca - Ancienne Assistante Hôpital Beau  
Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie - Experte assermentée auprès des tribunaux

Tél. : 05 22 49 16 80 / 06 61 98 94 41 - Email : dr.khadijazirari@gmail.com

Casablanca le

15 JUN 2023

الدار البيضاء في

me ABBOU MAHMOUD

59.90  
x 2

Purgalax

nb 2

1cp x 2



Pharmacie FOUCAULT  
27, Rue Moussa Ibnou Noussair  
Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 42 12

1230

Contalax

1cp x 2

8 = 13210

Dr. Khadija ZIRARI  
Appareil Digestif - Nutrition

29, rue Taha Houcine - Casablanca  
Tél. : 05 22 49 16 80 - 06 61 98 94 41

INPE: 091141846

dr.khadijazirari@gmail.com

29, زنفقة طه حسين، زاوية موسى ابن نصير، كوتيي 20060 الدار البيضاء

29, Rue Taha Houcine, Angle Moussa Ibnou Noussair, Gauthier, 1<sup>er</sup> étage, - 20060 Casablanca