

# 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'El  
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

M23-008929

174607

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUHARE EL Ystafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663-17862 Total des frais engagés : quatre mille quatre cent, 43 dirhams

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak ZAIM  
NEUROLOGUE  
4.Rue Khadija Oum Al Mokminine  
Bd. AL MOUKAWAMA EL JADIDA  
Tél: 05 23 39 31 50

Date de consultation : 27/07/

Nom et prénom du malade : Demetel EL Ystafa Age: 73

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : 27/7/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/08/2023	S	S	300 DH	Dr. Abdelhak ZEKRI 4 Rue Khadja Oum Al Moumine Bordj BOUKAWAMA EL JADIDA Tél: 05 23 36 11 55

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FATHI Dr. Omar EL FATHI 83, Av. Med Erradj EL JADIDA Tél: 023 34 10 96 IN 112004833	27/7/23	4143,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

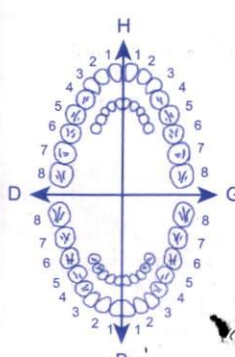
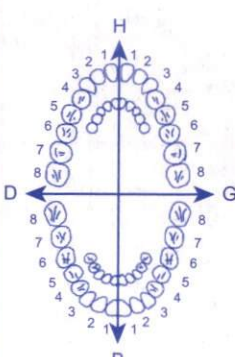
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

**Dr Abdelhaq ZAIM**  
NEUROLOGUE

Maladies du Système Nerveux  
Musculaire et Epilèpsie  
Electroencéphalogramme (EEG)  
Electroneuromyogramme (ENMG)

الدكتور عبد الحق زعيم  
أخصائي في أمراض  
الجهاز العصبي العضلي والعمود الفقري  
الصرع  
التشخيص الكهربائي للدماغ  
التشخيص الكهربائي للأعصاب والعضلات

الجديدة، في 27.07.2023 El Jadida, le :

Homamz

EL MOUSTAFA

469.00 x 6  
11 Dupon 34 x 6

Pharmacie ALFATH  
N° d'ordre : 11418

150.20 x 6  
2 791  
ALMANTIN 10

Pharmacie ALFATH  
N° d'ordre : 11419

71.80 x 6  
3 791

DR. ALFATH  
Rce. Khadija Oum almoumine  
Bd. Moukawama EL JADIDA  
Tél: 05 23 39 31 55 - GSM: 06 95 08 69 33

AMIKAN

109 - 791

4143.00



**ALMANTIN® 10 mg**  
Mémantine Chlorhydrate

PPV: 150 DH 20

⇒ x 6 Ged

71,30

⇒ x 4 Ged

Position: .....10mg.  
forme de chlorhydrate).  
ents q.s.p un comprimé pelliculé.

ient à effet **nocturne**: lactose  
tions, Contre-indications, Posologie  
cautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**  
servir à une température inférieure à 25°C.  
hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 469 DH 00



⇒ 4 Ged

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومقتول الأطفال.

on: .....10mg.  
e de chlorhydrate).  
q.s.p un comprimé pelliculé.

à effet **nocturne**: lactose  
Contre-indications, Posologie  
ns d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**  
r à une température inférieure à 25°C.  
e la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومقتول الأطفال.