

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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- 0035516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA

Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NIZAR ELABIDI

BOURGOGNE CASABLANCA

Tél. : 0666 814678 Total des frais engagés : 386,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17.08.22

Nom et prénom du malade : KOUSSAIMY MUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : L3

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

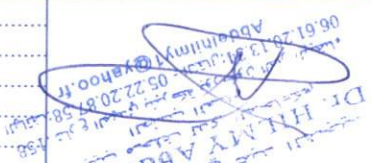
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

### 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
12/10/2023		V	2000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

### 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

A M

P C

I M

I V

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 :

Veuillez 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

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
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

**Dr. Hilmy ABDELMAJID**

Assermenté Auprès des Tribunaux

**MEDECINE GÉNÉRALE**

**الدكتور عبد المجيد حلمي**

طبيب محلف لدى المحاكم

الطب العام

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 13/04/2015 **الدار البيضاء في**

29,50  
Koussa  
Zyrol  
Dr. Hilmy Abdelmajid  
الطبيب المحلف لدى المحاكم  
الشارع المهدي بن بركة 158 - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 20 87 58 - الفاكس: 06 61 20 13 34  
E-mail: abdelhilmy1@yahoo.fr

99,00  
Zyrol  
gaby

58,30  
Ceres  
Megar  
100

186,30

LOT : 3186  
PER : 03 - 25  
P.P.V : 58 DH 30

**PHARMACIE DES ENFANTS**  
**Dr. BOUJDA Nadia**  
14, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne  
Tel.: 0522 20 90 44 - Casablanca

الدكتور عبد المجيد حلمي  
Dr. Hilmy Abdelmajid  
الطبيب المحلف لدى المحاكم  
الشارع المهدي بن بركة 158 - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 20 87 58 - الفاكس: 06 61 20 13 34  
E-mail: abdelhilmy1@yahoo.fr

**Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h**

**بالموعد**

**Avenue Mehdi Ben Barka ( Ex - du Cimetière ) - Bourgogne**

**Tél. : 05 22 20 87 58 - Gsm : 06 61 20 13 34 - E-mail : abdelhilmy1@yahoo.fr**

**158 شارع المهدي بن بركة (مقبرة سابقا) - بوركون - الدار البيضاء**

LOT 211484  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

**ZYRDOL®** 500 mg 20 comprimés  
pelliculés

PPV 29DH00 EXP 12/2025  
LOT 29028 4