

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

W21-833349

95000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 12525 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Aitoudiahi Mohamed Faical

Date de naissance : 04/03/1985

Adresse : Avenue Ahmed Chagui Résidence Fadine Khoudi  
Cherchi Bouqure CAA Apt 30 etp.c.

Tél : 0660753372 Total des frais engagés : 645,10 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12

Nom et prénom du malade : Aitoudiahi Faical Age : 38 ans

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

Nature de la maladie : Ingu

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 : 06/02/2024

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
20/12/23		3	346	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	346.10

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
		A M	P C	I M	I V	

PPV 22DH00

EXP: 04/2026  
LOT: 32003 5

Le praticien es

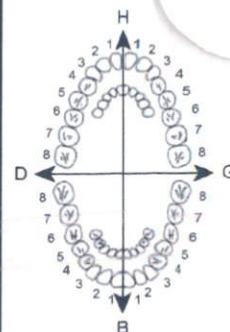
Important :  
Veuillez joindre

SOINS DEN

ALGANTIL®

Suspension buvable pédiatrique

150 ml

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

PPV: 33,40 DH  
LOT: 651939  
PER: 04/2026Composition :  
Amoxicilline (sous forme trihydratée)  
pour une cuillère-mesure de sirop re

ي ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et  
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'à  
on obtient 60ml de sirop reconstitué soit  
de 5ml.موزلم و أملاح الصوديوم بعد إضافة الماء غير الغازي  
يصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقةPPV: 33,40 DH  
LOT: 651939  
PER: 04/2026

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

MONTANTS  
DEPPV: 24DH50  
PER: 07/25  
LOT: M2437

X5 Ged

FIN  
D'EXECUTIONCCEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

LE PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **ZRIKEM Karima**  
**Er. HIMMI**  
**Pédiatre**

Maladies d'enfance et de l'Enfant  
 Allergie - Asthme  
 Apnée Fonctionnelle  
 Respiratoire  
 Enseignante à la Faculté  
 de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكيم كريمة

زوجة حملي

طبيبة الأطفال  
 اختصاصية في أمراض الأطفال  
 الحساسية - الضيق  
 أستاذة سابقا بكلية الطب  
 بالدار البيضاء

Casablanca, le 2012 23 في الدار البيضاء،

Ait ouadoudou ouer

33,40x2

19/ Amoxic 500

1 cee x 3

22,00

20/ Alprostadil 2 cee x 3' x 5

119,10

30/ Rivastigmine 1 cee / soir x 15

24,50x5

49 doses 1 cee / soir x 15

15,70

50/ Dopex 1 cee x 3' x 5

346,10

**ZRIKEM Ep. HIMMI**  
**Pédiatre**

3, Rue Zerkoun (Ex. Reims) - Casablanca - Tél.: C. 05 22 29 31 60 / 68  
 CASABLANCA - Tél. 05 22 29 31 60 / 68 45 52 44 - E-mail : zrikem\_karima@hotmail.com

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU  
 Bouchra AMAR  
 97 Bd. Bourgogne - Casablanca  
 Tél.: 05 22 36 92 59 - R. 447169  
 IF: 3773688 - ICE: 0023