

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W19-432660

ND: 58376

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1708 Société : **MUPRAS**

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Age**

Nom & Prénom : **GAURIRANE Ahmed**

Date de naissance : **31-12-54**

Adresse : **36, rue 92 ATTAROUNE HA**

Tél. : **0661088864** Total des frais engagés : **11377** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Khadija CHAKRAOUI ZAHOUANI**  
**Spécialiste Endocrinologie**  
**Diabétologie**  
**100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii**  
**Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34**

Date de consultation : **13/11/20**

Nom et prénom du malade : **GAURIRANE Ahmed**

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

Nature de la maladie : **Diabète - du sucre malade**

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 : **13/11/20**

Signature de l'adhérent(e) : **A. Gaurirane**



[illegible]

EXCEPTION DES CIRCONSTANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>REVEAL</b> SARL <b>PHARMACIE CHIE</b> <b>M.TAHRI</b>	13/10/20	1187,10

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

[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	INF : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              25533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI**

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional  
de Diabétologie

Sur rendez-vous

**الدكتورة خديجة الشرقاوي زهواني**

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز الجهوي  
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

13-10-20

GOURIRANE Ahmed

1125,00

= 125,00 x 9

\* Camarel 7 mg/1000  
Nutrin 3m

PHARMACIE CHIEFA  
M. TAHIRI HASSANI  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

REVAL SARL

62,70

Vit B12  
200 000

1187,70

A - P / 3m

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabétologie  
100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii  
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00  
125,00

125,00

125,00

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH