

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0036108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 2054 Société : RAM 77806  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED  
Date de naissance : 01/01/1951  
Adresse : 525 Bd MACHAAR AL HARAM ISSIL  
MARRAKECH  
Tél. : 06 11 774477 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Sabah Chirine  
Médecine Générale  
El Attouzia Bab Targa G. N°2  
Marrakech - Maroc  
Date de consultation : 21/11/2021 05:24:20 07:68  
Nom et prénom du malade : Debbagh Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : dépression + diabète  
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. (INPE 091042196)

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 : 21/11/2021  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                                        | Date     | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE BADIR</b><br><b>DR. BADIR DALLA</b><br>N°8 Opération - Marrakech<br>AlAzzouzi - Marrakech<br>ICE : 000521766000016<br>Tél : 05 24 33 67 07<br>☎ : 06 52 66 62 08 | 21/05/21 |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

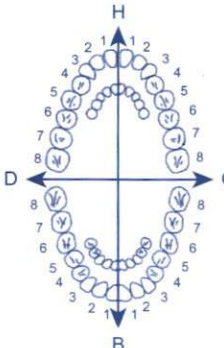
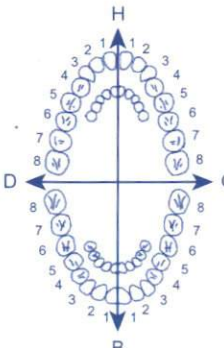
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        | Coefficient<br>DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        | FIN<br>D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU CœFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|  | <table><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<br>DES TRAVAUX |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                               | 21433552            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                               | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                      | G                   |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                               | 00000000            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                               | 11433553            |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     | DATE DU<br>DEVIS       |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# Docteur Sabah CHNIBER

Epouse KANDRI RODY

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Dépistage et prévention en gynécologie

Spécialiste en Médecine du Travail

Diplômée de la Faculté de Médecine de  
Montpellier et de Rennes

Agrée pour délivrer les certificats  
de permis de conduire

الدكتورة صباح شنيبر

زوجة كندري رودي

خبيرة محلفة لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالموجات فوق الصوتية

التشخيص و الوقاية من أمراض النساء

اختصاصية في الطب المهني

خريجة كلية الطب بمونبولي و رينس بفرنسا

معتمدة لمنح شهادة السياقة



Marrakech, le 21 MAI 2021 في مراكش،

39,80 *Dr. Debbagh Mohamed*

*Laroxyl*



PPV: 39DH80  
PER: 02/24  
LOT: K473

*5 à 10 gts de  
Solex*  
PHARMACIE  
Dr. BAD  
N°8 Oper.  
AIAzzouza  
ICE: 06 03 24 30 60  
Tél: 05 24 30 60 60  
06 52 00 62 08

154,30 x 3

*Solex*



LOT: KE00040  
PER: MAI 2022  
PPV: 154 DH 30

123,60 *1 à 2 matin*  
*Flixouase 120*



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
ID: 644717  
PPV: 123,60 DH  
6 118001 140299

338,00 *2 bouffées*  
*Seretide 500*



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
ID: 645682  
PPV: 248,00 DH  
6 118001 141104

العزوزية باب تاركة مجموعة رقم 2 - مراكش - قرب مقهى لاباكيط - الهاتف: +212 5 24 20 07 68

Azzouzia porte Targa Groupe G N°2, à côté du Café La baguette - Marrakech - Tél: +212 5 24 20 07 68

|     |         |
|-----|---------|
| LOT | 201458  |
| EXP | 11/2023 |
| PPV | 28.00DH |

S. 7

3mg

Dolysane 1000 eff

5.7

45.80

1064, 10

*[Signature]*

Tel.: 05 24 20 07 68

PHARMACIE BADIR  
Dr. BADIR DALILA  
N°8 Operatic Bab Freuh  
AIAzzouzia  
ICE : 000521766000016  
Tel : 05 24 33 67 07  
© : 06 52 66 62 08