

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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'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° M21- 069179

84070

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12220 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EZ-ZAHAF Rachid

Date de naissance : 11/71

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

"adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-377510	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-377510

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom		.....
Fonction :	Phones.....	
Mail		.....
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>B. ZAHAF</u> <u>Fatin Zahra</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>19</u>	Date <u>8/2</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>Curticeli</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>1</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Curticeli</u>	<u>2</u>	<u>2501</u>
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>09/09/2021</u>	
Montant de la facture	<u>399,90</u>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date <u>09/09/21</u>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>P2, P1</u>	<u>2501</u>	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur Abdelhamid ABOUTIKA  
Orthopédiste - Traumatologue  
Av. 10 Mars Pierre de la préfecture  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél : 05 22 59 53 35

**Dr BENHADIA FADWA**  
Pharmacie du Maroc  
28, Bd Al Wadda al Afriqua  
Tél : 0522 56 66 83

# Dr. Abdelghani Aboutika

Orthopédiste - Traumatologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest - France

Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest

Microchirurgie - Chirurgie de la main

Arthroscopie

الدكتور عبد الغني أبو التقي

إختصاصي في أمراض وجراحة العظام

خريج كلية الطب بريس - فرنسا

ملحق سابق بمستشفيات بريس

الجراحة بالمجهر - جراحة اليد - الجراحة بالمنظار



Casablanca, le 09.09.21

E33A11AF Fatma Zahra

Dr BENHADIA FADWA

Pharmacie du Metro

38, Bd Al Wahda al Ifriquia

Tel: 0522 56 66 83

660 - Dipronster 2y (SV)  
115,00 - Biceptaze gel 3 glyc (SV)  
47,80 - Dazex 1c x 3 (SV)  
20,90 - Vitamine D3 Bon Day à base (SV)  
99,00 - Magnésie 1c de Sca (SV)  
115,00 - Strencor 1c de Sca (SV)

PPV:

EXP:

Lot N°

47,80

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

MB773 1123

LOT

Prix

99,00

شارع 10 مارس - ساحة العمالة - المركز الطبي سيدي عثمان - الطابق الأول

Avenue 10 Mars - Place de la Préfecture - Centre Médical Sidi Othmane 1<sup>er</sup> étage

Tél.: 05 22 59 58 35





611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribue par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

# Docteur Abdelghani Aboutika

Orthopédiste-Traumatologue

Diplôme de la faculté de médecine de Brest-France

Microchirurgie de la main

Arthroscopie

Docteur Abdelghani ABOUTIKA  
Orthopédiste - Traumatologue  
Avenue 10 Mars-Place de la préfecture  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél : 05 22 59 58 35

Casablanca, le 09.09.21

## Note d'honoraire concernant

M<sup>r</sup> EZZAHAF Fatim Zahra

de la radio

du 09 09 21

A été perçu la somme de

25000 DH

Docteur Abdelghani Aboutika  
Orthopédiste-Traumatologue  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest  
Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest  
Microchirurgie-Chirurgie de la main  
Arthroscopie

Docteur Abdelghani ABOUTIKA  
Orthopédiste-Traumatologue  
Av. 10 Mars-Place de la préfecture  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tel : 05 22 59 58 35

Casablanca. Le 09.09.21

Compte rendu de la radio graphie de

\_\_\_\_\_ gros oeil / F /

de M. BZZAHAF Fatim Zahra

Rx radi. oeil gauche