

## 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° W21-681476

126109

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : JAGHOUGH Zohra  
 Date de naissance : 1941  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 200 + 685,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 10/02/2022  
 Nom et prénom du malade : JAGHOUGH ZOHRA  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète type II + arthralgies  
 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 : 16/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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  |
| 09/02/2022                     | C1                |                       | 2000                            | INP : <b>INPE: 0910766</b><br><br><b>Dr. HRICHI Rachid</b><br>Médecin Généraliste<br>295. Av Oued Tansift Cité El Oued<br>Tel : 06 66 80 76 66 |

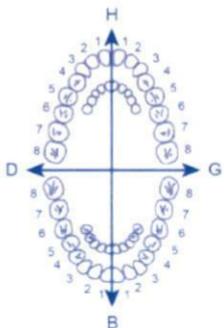
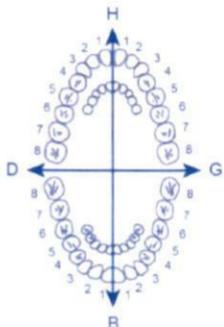
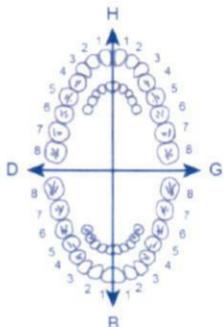
دكتور الحريش رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295. Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa Tel : 06 66 80 76 66  
INPE : 091078893

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|   | 18/02/2022 | 685,20                |

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>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.                               |   |                     |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                     |  |  |
| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient  | INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> |
|   |   |                     |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>   |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|    |   |                     |  | MONTANTS<br>DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span> |  |
|    | H<br>25533412    21433552<br>00000000    00000000<br>D ————— G<br>00000000    00000000<br>35533411    11433553<br>B |                     | MONTANTS<br>DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>      |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession                            |                     |  |  |
|  |   |                     |  | DATE DU<br>DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>   |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  | DATE DE<br>L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>   |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |
|  |   |                     |  |  |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295, شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 10/02/2022 : في الدار البيضاء،

Mme JAGHJAGH ZOHRRA



1. Glucophage 1000 mg

دكتور الحريشي رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tel : 06 66 80 76 66  
INPE : 091076893

28,00x6

rep x 2 lj pdt 03 mois



2. Diamicon 60 mg

44,70x3

rep lj à midi pdt 03 mois



3. Baycutene creme

22,70

1 app x 2 lj pdt 07 jans

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tel : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

4. Ormaz 20 mg

81,40x3

1 gélule lj pdt 03 mois



5. Codolynane cp

22,20

rep lj pdt 05 jans



6. Mydoflex cp

94,00

rep x 3 lj pdt 07 jans

دكتور الحريشي رشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tel : 06 66 80 76 66  
INPE : 091076893

68,20

28,00

18,00

28,00

28,00

28,00

28,00

81,40

81,40

81,40

→ 44,70

→ 44,70

→ 44,70

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

3856

11 2023



(V2)

PPV: 22DH20  
PER: 12/23  
LOT: K3485

LOT: 0 0 0 0  
PER: 1 1 0 0  
PPV: 1 1 0 0  
70

↓  
22,70

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026