

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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.



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

# Déclaration de Maladie

N° W21-626919

119005

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11463		Société : Royal air maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAHBI Kamel			
Date de naissance : 14/07/1975			
Adresse : 10, rue Ibn roumi Farah 1 Settat			
Tél. : 0661766675		Total des frais engagés : 758,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. OUBOUIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali / Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

Cachet du médecin :

08/06/2022  
Dr. OUBOUIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali / Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 15/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

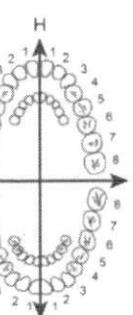
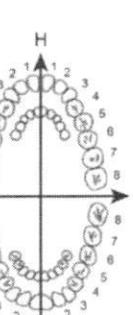
Le : 15/06/2022

VOLET ADHERENT

RELEVE 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
02/06/22	CONBOUHIA Siham Dr. OUECHI Bertrand Dr. OUECHI Layali Bertrand	1/100	€ 150,-	INFORMÉ LE 03/06/2022 Dr. OUECHI Bertrand
06/06/22	Dr. OUECHI Layali Bertrand	1/100	€ 150,-	INFORMÉ LE 03/06/2022 Dr. OUECHI Bertrand

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	RUE Quartier Layali Berrechid Mohamed Ben Attia	Tél : 05 22 03 87 72
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Boulevard ASSALAMA Hay Al Nouha BERRECHID	02/06/2012	509, 20	
	02/06/2012	99, 20	

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BERRCHID 05 22 32 84 94			

RELEVE 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> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
 <b>SOINS DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																									
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																									
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																									
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																									
 <b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">25533412</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black;">G</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black;">B</td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D				00000000	00000000	G				35533411	11433553	B			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																						
		00000000	00000000																						
	D																								
		00000000	00000000																						
	G																								
		35533411	11433553																						
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																					
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA  
MEDECINE GENERALE  
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME



دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية  
أمراض النساء وتبع الحمل  
الشخص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

## Ordonnance

Berrechid , le ..... 02/06/2022 .....

Nom.prénom : Karimi Siham

1 - Ind 20 mg  
99,50 ⚡

Agel 1j letatir.

2 - Dép 20 mg  
40,40 ⚡

Agel x 2/j.

3 - Melteos 20 mg

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

4 - Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

RDV :

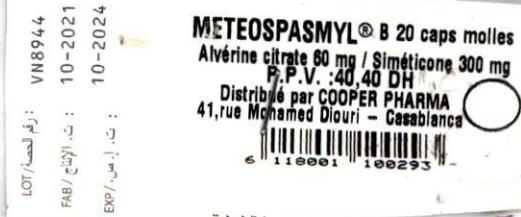
58. الطالب السفري، حي ليلي 2 (قرب ام德رسة المذاہب) - بربست

N°58-Rez de chausée quartier Layali2 - Berrechid

06.69.51.16.18 ▲ 05.22.03.07.72

sihamoubouhia@gmail.com

LOT: GB10222  
PER: 12/2023  
PPV: 185 DH 00



210941  
Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 99,50 DH



DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA  
MEDECINE GENERALE  
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME



دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية

أمراض النساء وشئ الحمل  
الشخص بالمرأة  
التخطيط الكهربائي للقلب  
Tél : 05 22 32 84  
BERRECHID

## Ordonnance

Berrechid , le ..... ٥٦/٥٦/٢٠٢٢

Nom.prénom : Karimi Siham

١٢٤٩٦

١ - دلّي فات



٣prise / ٣٤ج

PPU: ١٩/٦٠ ده  
LOT: ٢١٤١٧٨  
EXPI: ١١/٢٠٢٤

٣prise / ٣٤ج (x٣)

PPU: ١٩/٦٠ ده  
LOT: ٢١٤١٧٨  
EXPI: ١١/٢٠٢٤

٢٩٩٢

٣prise / ٣٤ج (x٣)

YOUSSEFIK ARABIA  
ASMOON SEMI  
Doctor en Pharmacie  
12, Rue Asmoun Hay Al Mouassine  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

RDV :

58، الطابق السفلي، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - بوشيد

N°58-Rez de chausée quartier Layali2 - Berrechid

06.69.51.16.18 ▲ 05.22.03.07.72

sihamoubouhia@gmail.com