

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon  
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° W21-766255

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12658 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEKRI Hicham

Date de naissance : 19/07/1982

Adresse : Bouskour Golf City Villa 403

Tél. : 06 328 5616 Total des frais engagés : 371,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

**Mohamed EL HOUARI**  
**PEDIATRE**  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
13 Al Massira Al Khadra-Casablanca  
05 22 55 57 33

Cachet du médecin

Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade : ZEKRI Hicham Age : 33

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

Nature de la maladie : *[Signature]*

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 : *[Signature]*  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/11/2022

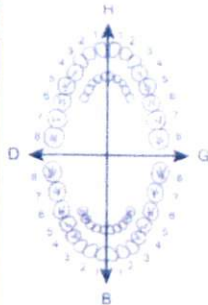
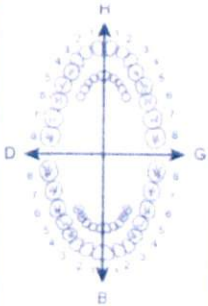


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2553412</td> <td>21432552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		2553412	21432552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	2553412	21432552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Creation, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	[fonctionnel] Thérapeutique nécessaire à la profession																											
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamed EL HOUARI**

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

**PEDIATRE**

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Française

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم وبحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

Casablanca, le ..... - 9 NOV. 2022 ..... الدار البيضاء في

Zekri Ghena

VITAMINE Sup



77,50

100 mg / ml  
et midi

**STE PHARMACIE GOLF CITY**  
Centre commercial Golf City  
RDC N° 9 - Boukhajene - Casablanca  
TEL: 05 22 99 57 39

**Dr. Mohamed EL HOUARI**  
**PEDIATRE**  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca  
TEL: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39

**75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca**

**Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40**

*\*Apport journalier recommandé pour enfant*

LOT 6715C/FC72

PER 03/2025

PPC 77.50

مشروب قتامنا

مذاق البرتقال

**VITATINE®** 125 ml

11 vitamines + Fenugrec



6 111255 810130

FLACON 125 ml

Complément alimentaire n'est pas un médicament