

## 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° W21-783644

148383

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11779      Société : RAM

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre** :

Nom & Prénom : LAGZIRI Samir

Date de naissance : 08/21/1975

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 0663669758      Total des frais engagés : 394,20      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2023

Nom et prénom du malade : LAGZIRI Samir      Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Amblyopie

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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

**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
31/10/23	C		150,00	INP : 09M38248 Dr. Myriam BASSHAK C. de l'Afrique du Nord Médicine Générale 22 37 31 06 Casablanca

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/23	244,20

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <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 DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Myriam Wahbi Zizi

Spécialiste en médecine de travail

Ancienne interne à la maternité

du CHU averroes

Electro cardio-gramme

médecine Générale

Echographie Générale



الدركتورة مريم وهبي الزبيري

إختصاصية في طب الشغل

طبيبة داخلية سابقا قسم التوليد

مستشفى ابن رشد

التخطيط الكهربائي للقلب

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 31/10/2023

Mr zagziri Samir

Distribué par MSC  
AMM 74/19 DMP  
P.P.V. 56.60 DH

56,60

① D parosthene inj

49,40

49,40

inj 1ja prise unique

②

Colnamyl ung cp

28,80

28,80

2cp x 21j x 5 jours

③

vitonemyl fatcp

22,00

1cp x 21j x 7 jours

④

Cedrol cp

22,00

1cp x 21j x 5 jours

حي إفريقيا سعاد 2 الزنقة 55 رقم 6 (قرب صيدلية سيف الدين) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 31 06

Cité IFRIQUIA - Souad 2 - Rue 55 - N° 6 (près pharmacie siffe eddine) - Casablanca - Tél : 05 22 37 31 06

Fax : 05 22 37 31 06 - Patente N° 37304580 - ICE 00205426400054

في حالة الإستعجال : 06 61 07 80 51 GSM

(R)

(5) Iméso 2ij gel

5300 gel 1j x 7journ

(6) Voltarenine gel

10pp x 21j x 7journ

(7) Placic 150 mg

1cp 1j x 7journ

LOI: M0556  
DTE: 09/2024  
PPV: 53,00 DH

40140  
01/25  
L119-1

24420

~~Dr. Myriam WAHBI ZIZI  
Médecine Générale  
Cité Hachoua-Souad 2  
Rue 55 - N° 6 Casablanca  
Tél: 05 22 37 31 06~~

صيدلية سيف الدين  
PHARMACIE SIFEDDINE  
Mme SIFEDDINE NAÏMA  
10, Bd Fatah, Casablanca, Maroc 20150  
Casablanca - Tél: 05 22 37 27 88