

## 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 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° W21-773044

15/12/23

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12970 Société : RAT7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKI Fatma Zahra

Date de naissance : 27/07/1990

Adresse : 87, cité Henniya Bohamedia

Tél. : 0662104278

Total des frais engagés : 3177,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mohamed AGOUB**

Professeur de Psychiatrie

TPA - Clinique Villa des Lilas

Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36

INPE : 91035493

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/23

Nom et prénom du malade : ZAKI Fatma Zahra

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

Nature de la maladie : Affection psychique

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 : MOHAMEDIA Le : 02/12/23

Signature de l'adhérent(e) :



| 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  |
| 21/02/23                       | ...               | ...                   | 350                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br><b>Dr Mohamed AGOUB</b><br>Professeur de Psychiatrie<br>Clinique Villa des Lilas<br>Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36<br>INPE : 91035493 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| صيدية فلسطين<br>PHARMACIE PALESTINE<br>AD EL ANICALOUSSI Samia<br>23 Boulevard de la Paix - Hama<br>Tél : 02047943<br>INPE : 91035493 | 02/02/23 | 2827,80               |

| 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 :<br>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 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ] |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DATE DU DEVIS [ ]<br><br>DATE DE L'EXECUTION [ ] |
|   | H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
|   |  |                  |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |

2/2/22

Zaki Fatima Zahra

205,00 x 3

615,00

Trisul 3



178,70 x 6

1072,10

ferstulme 6



26464

101,00 x 3

303,00

Velover 75



26461

139,60 x 6

837,60

Solhan 100



26462

Traitement & Suivi

Dr. Mohamed AGOUB  
Professeur de Psychiatrie  
Clique Villa des Lilas  
Tél : +212 522 774 170 - 06 63 61 99 36  
INPE : 91055493

T=2827,80



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
P.P.V.: 139,60 DH



LOT 0106292

EXP 10/24

PPV 205DH00

LOT 0106292

EXP 10/24

PPV 205DH00

LOT 0106292

EXP 10/24

PPV 205DH00

LOT 1111923

EXP 11/24

PPV 101DH00

LOT:1204904

EXP:03/25

PPV:101DH00

LOT:1204904

EXP:03/25

PPV:101DH00

122

122

128

175 20

179 2

179 3

صيدلية فلسطين  
PHARMACIE PALESTINE  
ABBAD EL MALOUSSI Samia  
111, Boulevard de la Palestine  
Tél: 05 23 32 30 73 - Mohammedia