

## 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

M22- N° 004323

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17784

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABBOU

MAHAINE

Date de naissance :

26.10.1977

Adresse :

12 RESIDENCE FATINE II, RUE TAHAMUSSEIN

GAUTHIER, CASABLANCA

Tél. :

0638955089

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/03/2023

Nom et prénom du malade :

ABBOU MAHAINE

Age :

45

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

10 MAI 2023

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 :

CASABLANCA

Le :

10/05/23


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
2 MARS 2023	CS		350,00	 Dr Khadija ZIRARI 29 Rue Mousser Ghau Noussa 4 ABLANCA el: 022 49.16.80 / 81
	Ech. A6		400,00	
4 MARS 2023	ct		60	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie JOUCAULT</b> 27, Rue Mousser Ghau Noussa Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 42 12	02/03/2023	1311,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

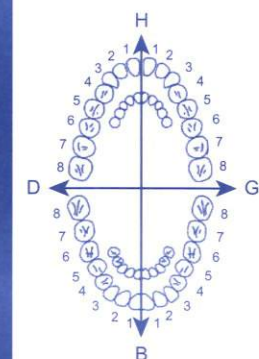
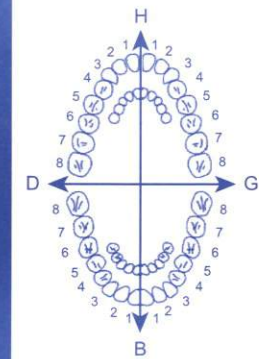
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
<b>O.D.F PROTHESES DENTAILES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 KHADIJA ZIRARI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Nutrition Clinique et Thérapeutique



## الدكتورة خديجة الزيراري

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي  
التغذية والحمية الطبية

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء - أستاذة مساعدة سابقة بمستشفى بوجون (فرنسا)  
التنظير الداخلي و البواسير - الكشف بالصدى الصوتي - خبيرة محلقة لدى المحاكم

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca - Ancienne Assistante Hôpital Beaujon (France)  
Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie - Experte assermentée auprès des tribunaux

Tél. : 05 22 49 16 80 / 06 61 98 94 41 - Email : dr.khadijazirari@gmail.com

Casablanca le ..... الدار البيضاء في

02 MARS 2023

Mr Abba Mahassino

131,60

Spectrum 500

1cp x 2 ; apra repas  
x 10j

Pharmacie FOUCAULT  
27, Rue Moussa Bnou Nousseir  
Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 42 12

Dr Khadija ZIRARI  
29  
Tél: 022 49 16 80 81

## DOCTEUR KHADIJA ZIRARI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Nutrition Clinique et Thérapeutique



## الدكتورة خديجة الزيراري

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي  
التغذية والحمية الطبية

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء - أستاذة مساعدة سابقة بمستشفى بوجون (فرنسا)  
التنظير الداخلي و البواسير - الكشف بالصدى الصوتي - خبيرة محلفة لدى المحاكم

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca - Ancienne Assistante Hôpital Beaujon (France)  
Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie - Experte assermentée auprès des tribunaux

Tél. : 05 22 49 16 80 / 06 61 98 94 41 - Email : dr.khadijazirari@gmail.com

Casablanca le 02/03/23 الدار البيضاء في

**Nom et prénom : Mme ABBOU MAHACINE**

Echographie abdominale.....400.00dhs  
Cs.....350.00dhs

La présente note d'honoraires s'élève la somme de sept cent cinquante dhs (750.00).

Dr khadija ZIRARI  
29, Rue Taha Houcine  
CA 43000000  
Tél: 022 49 16 80 / 81