

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° W21-804553

169 830

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

Youssef Merzouki Idressi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0643960102

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
97 Hay Chabab Zone A Appt.
Casablanca Tél : 0522 75 97 72
0522 75 97 72

Date de consultation :

09/07/2023

Nom et prénom du malade :

MERZOUKI IDRESSI ABDELMOCHIT

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Accident

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 :

Casablanca

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Youssef Merzouki

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|------------|-------|--|------|-----------|
| 09/06/2023 | CP SM | | 3000 | 091237198 |
|------------|-------|--|------|-----------|

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

| | | |
|----------------------|----------|--------|
| Pharmacie Chabab CAS | 09/06/23 | 238,00 |
|----------------------|----------|--------|

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.

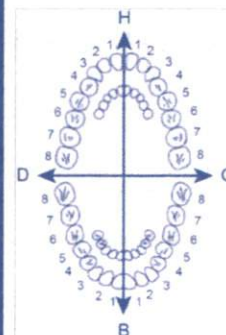
Important :

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 :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|---|---|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| D | | | B |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

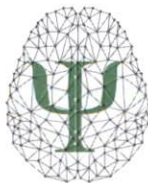
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YACOUBI Fatima Zahra

Psychiatre - Psychothérapeute

Psychiatrie de l'enfant, l'adolescent
et de l'adulte - Addictologie

Thérapie Comportementale et Cognitive



د. يکوبي فاطمة الزهراء

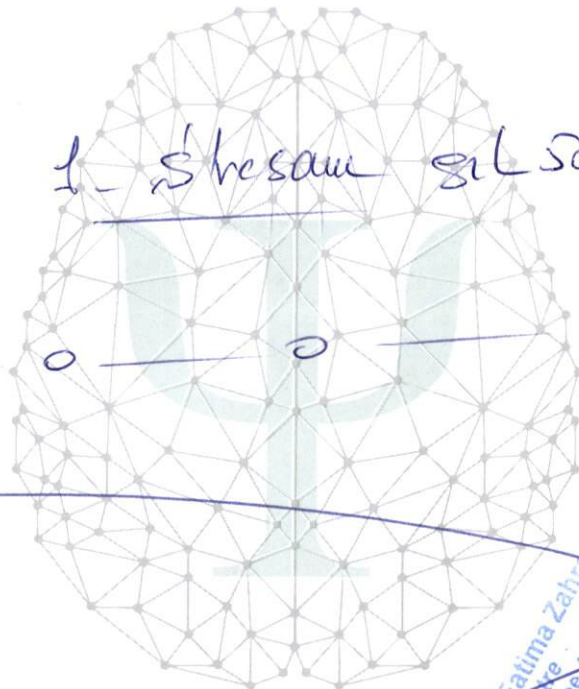
طبيبة أخصائية في الأمراض النفسية والعقلية
الطب النفسي للأطفال، المراهقين والكبار
طب الإدمان
العلاج السلوكي المعرفي

Nom : Derzouk IDRISSI

Date : 09.06.23

Abdelmoughit

1. Shesam sel Sou



Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
7 Hay Chabab Zone A, Appt. 1
Ain Sebâa - Casa Tél: 0522 76 97 71
INPE : 0912 77 198

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
7 Hay Chabab Zone A, Appt. 1
Ain Sebâa - Casa Tél: 0522 76 97 71
INPE : 0912 77 198

tut de

☎ 05.22.75.97.75 / 06.54.25.09.58

✉ fatimzahra.yacoubi@gmail.com - ICE : 002267326000062

📍 F 7, Hay Chabab Zone A, Etage 1, Appt. 1, Ain Sebâa (Au-dessus de ACIMA Bernoussi) - Casablanca

2 - D. stress

| | |
|-------|---------|
| P.P.C | 119 DH |
| Dluo | Lot |
| 10/25 | DS10/22 |

19,00x2.

(S.V)

at de ois

Lpt:

DAC:

P.P.C 119 DH

| | |
|-------|----------|
| Dluo: | Lot: |
| 10/25 | DS10/22A |

PHARMACIE CHABAB CASA
CAB Chabab Pharm. 4/1 Mog N° 37 / 38
38 Secca Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 59 15

Dr. YASSOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
7 Hay Chabab Zone A Appt. 1
Secca - Casa Tél : 0522 75 97 71
INPE : 091237198

238,00.