

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Autorisation CNDP N°: AA-A-215/2019



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-809155

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10862	Société :	RAM A71920
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENJELLOUN YASSINE			
Date de naissance :	16-03-74		
Adresse :	AU PMA RES TAIBA FITTIDZ APP12		
Tél. :	0661248658	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           DOCTEUR ABDELAZIZ RADI            SPECIALISTE EN MEDECINE DE SPORT - DIJON            GERIATRIE - BORDEAUX            ECHOGRAPHIE GENERALE            APPT N°1 - VILLA 1105 NAKHL IL MARRAKECH            TEL : 06 61 40 58 78         </div>		
Date de consultation :	26 JUIL 2023	Age:	
Nom et prénom du malade :	BENJELLOUN YASSINE		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Méchitis		
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 : MARRAKECH  
 Signature de l'adhérent(e) : BYASSINE



Age:  
Enfant

Conjoint

Enfant

Signature de l'adhérent(e)

BYASSINE

ACCUEIL

Le: 26 JUIL 2023

**RELEVE 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
<i>26 JUIL 2023</i>	<i>g</i>	<i>150 P MA</i>	<i>150 P</i>	INP : INPE 071210017 <b>DOCTEUR ARDELAZIZ RADI</b> SPECIALISTE EN MEDECINE DE SPORT - GERIATRIE BORDEAUX ECOLOGIE GENERALE APPARTEMENT 1 - VILLA 185 NAKHLI H. MAD

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ATTABA Dr. Belhamid KANALI Av. M. Abdellah, Rue Dr. ZRIOUI Abdellah Tél: 05 24 69 28 28</i>	<i>26/07/23</i>	<i>205,60</i>

**ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>STÉLICOM</i>	<i>26/07/23</i>	<i>Bx 15</i>	<i>293,00 dh</i>

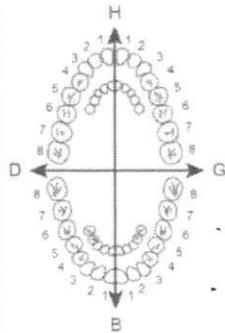
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>	
<b>FIN D'EXECUTION</b>	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	
<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
<b>DATE DU DEVIS</b>	
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>	



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Abdelaziz RADI

- Ancien Médecin Colonel au Sein de la Gendarmerie Royale
- Médecin Expert Assermenté Près la Cours d'Appel Marrakech
- Médecine Générale
- Gériatrie - France  
(Diabète - HTA - Nutrition - Maladies des Os et Articulations)
- Médecine de Sport (France)
- Echographie Générale
- ECG
- Visite Médicale pour Permis de Conduire.
- Hijama Médicale et Sportive.

الدكتور عبد العزيز راضي

- طبيب كولونييل سابق بالدرك الملكي
- طبيب خير قضائي محلف لدى محكمة الإستئناف بمراكش
- الطب العام
- أمراض الشيخوخة - فرنسا
- السكري - الضغط الدموي - التغذية
- أمراض العظام والمفاصل
- الطب الرياضي - فرنسا
- الفحص بالصدى الصوقي
- تخطيط القلب
- الفحص الطبي لرخصة السياقة مرخص من وزارة الصحة
- الحجامة الطبية والرياضية

26/07/2023

Marrakech, Le : ..... مراكش، في :

Mme BENJELLOUN YASMINE

74,80 1 - NEOCIP 500 mg  
1 CP X2/J 05 J

49,80 2 - FLAGYL 500 mg Comprimé Boîte de 20  
1 CP X3/J 05 J

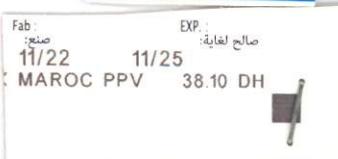
38,10 3 - ultra levure sachet  
un sachet 3 fois par jour

30,50 4 - IMODIUM 2 mg., Gélule  
2 GELULE EN UNE SEULE PRISE PUIS 1 GEL APRES CHA  
SELLE

52,40 5 - SMECTA 3 g, Poudre pour suspension buvable  
1 SACHET X3/J

245,60

DOCTEUR ABDELAZIZ RADI  
SPECIALISTE EN MEDECINE DE SPORT - DIJON  
GERIATRIE - BORDEAUX  
ECHOGRAPHIE GENERALE  
1000T N° 1 - VILLA 1185 NAKHIL 2 - MARRAKECH  
TEL : 06 61 40 58 78



Dr RADI ABDELAZIZ

INPE : 071210017

الشقة رقم 1 فيلا 1185 النخيل 2 ( أمام دار الحليب ) - مراكش - الهاتف : 05 24 34 79 78 - النقال : 06 61 40 58 78  
Appt. N° : 1 Villa 1185 Nakhil 2 (Devant la laiterie) - Marrakech - Tél. : 05 24 34 79 78 - GSM : 06 61 40 58 78

# Docteur Abdelaziz RADI

- Ancien Médecin Colonel au Sein de la Gendarmerie Royale
- Médecin Expert Assermenté Près la Cours d'Appel Marrakech
- Médecine Générale
- Gériatrie - France  
(Diabète - HTA - Nutrition - Maladies des Os et Articulations)
- Médecine de Sport (France)
- Echographie Générale
- ECG
- Visite Médicale pour Permis de Conduire.
- Hijama Médicale et Sportive.

# الدكتور عبد العزيز راضي

- طبيب كولونيل سابق بالدرك الملكي
- طبيب خبير قضائي محلف لدى محكمة الإستئناف بمراكش
- الطب العام
- أمراض الشيخوخة - فرنسا
- السكري - الضغط الدموي - التغذية
- أمراض العظام والمفاصل
- الطب الرياضي - فرنسا
- الفحص بالصدى الصوتي
- تخطيط القلب
- الفحص الطبي لرخصة السيارة مرخص من وزارة الصحة
- الحجامة الطبية والرياضية

26/07/2023

Marrakech, Le : ..... مراكش، في :

Mme BENJELLOUN YASMINE

Prière de faire :

FERRITINEMIE



Dr RADI ABDELAZIZ

DOCTEUR ABDELAZIZ RADI  
SPECIALISTE EN MEDICINE DE SPORT - DIJON  
GERIATRIE - BORDEAUX  
ECHOGRAPHIE GENERALE  
APPT N° 1 - VILLA 1185 NAKHIL II - MARRAKECH  
TEL : 06 61 40 58 78

INPE : 071210017

الشقة رقم 1 فيلا 1185 النخيل 2 ( أمام دار الحليب ) - مراكش - الهاتف : 05 24 34 79 78 - النقال : 06 61 40 58 78  
Appt. N° : 1 Villa 1185 Nakhil 2 ( Devant la laiterie ) - Marrakech - Tél. : 05 24 34 79 78 - GSM : 06 61 40 58 78

**Cadre à remplir par le médecin traitant**

**إطار يملأ من طرف الطبيب المعالج**

**Diagnostic**

**التخمين**

Date d'interruption du travail

.....

تاريخ الانقطاع عن العمل

Date de prolongation d'arrêt du travail

.....

تاريخ تمديد الانقطاع عن العمل

Nombre de jours d'arrêt ou de prolongation

En chiffre

بالرقم

عدد أيام التوقف أو التمديد

.....

بالحروف

**En cas de Maternité**

Date présumée de l'accouchement

.....

**في حالة ولادة**  
التاريخ المتوقع  
لولادة

Date réelle de l'accouchement

.....

.....

.....

Je soussigné médecin traitant

**أنا الموقع أسلفه الطبيب المعالج**

Identifiant National du Praticien

.....

الرقم الوطني الاستدلالي للطبيب

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

امضاء و ختم الطبيب

Signature et cachet du médecin

Fait à .....  
Le .....

حرر في .....  
 بتاريخ .....

**Conditions d'octroi**

**Indemnités journalières de maladie ou d'accident**

Conditions d'octroi

Pour avoir droit à la première indemnité, l'assuré doit justifier de cinquante-quatre jours, continus ou discontinus,

**Cadre à remplir par le médecin conseil**

**إطار يملأ من طرف الطبيب المستشار**

أنا الموقع أسلفه الدكتور

Je soussigné Dr.

Médecin Conseil à l'Agence

طبيب مستشار بوكلة

Avoir examiné Madame / Monsieur

فحصلت السيد (ة)

**Décision du médecin**

**قرار الطبيب**

Nombre de jours accordés

.....

عدد الأيام الممنوحة

En toutes lettres

بالحروف

A partir de

.....

ابتداء من

**L'incapacité est elle due à**

**العجز ناتج عن**

Un accident de travail

Oui

نعم

Non

لا

Une maladie professionnelle

Oui

نعم

Non

لا

أصرح بصدق و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

امضاء و ختم الطبيب

Signature et cachet du médecin

Fait à .....  
Le .....

حرر في .....  
 بتاريخ .....

**شروط الاستئناف**

**التعويضات اليومية عن الورض أو حادث**

شروط الاستئناف في التعويض الأول، يجب على المؤمن له أن يثبت قضاة أربعة وخمسين يوماً متصلة أو غير متصلة من الاشتراك لاكتساب الحق في التعويض الأول.

<p>de cotisation pendant les six mois civils précédant l'incapacité.</p> <p>Atout cas où l'incapacité est due à un accident, autre que les accidents de travail ou les maladies professionnelles, le droit aux indemnités journalières est reconnu sans condition de stage sus mentionnée.</p> <p>Postérieurement à l'incapacité initiale, l'assuré ne peut prétendre de nouveau à l'indemnité journalière qu'après une période minimum de six jours continuos ou discontinus de cotisations après la reprise du travail.</p> <p>Pour bénéficier d'une nouvelle période d'indemnisation, l'assuré(e) doit remplir à nouveau les mêmes conditions requises pour la demande initiale.</p>	<p><b> خلال السنة أشهر المدنية التغطية السابقة حصول المجز.</b></p> <p>إذا كان المجز ناتج عن حادثة غير حادث الشغل أو أمراض مهنية، يمكن للمؤمن أن يستفيد بمواعيده الشترط المسبق الذكر.</p> <p>لا يمكن للمؤمن له الاستفادة من تعويض يومي جديد بعد المجز الأول إلا بعد مرور 6 أيام على الأقل على استئناف العمل متغوف عنها الاشتراك</p> <p>يتعين على المؤمن له لاستفادة من هذه جديدة من التعويض أن تتوفر فيه نفس الشروط المطلوبة لاكتساب الحق في التعويض الأول.</p>
<p><b>Délai de dépôt</b></p> <p>L'avis d'interruption de travail doit être déposé dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de l'interruption du travail. En cas de force majeur, la demande d'indemnités journalières de maladie peut être déposée dans un délai de moins de 6 mois.</p>	<p><b> أجل الإيداع</b></p> <p>تم إيداع الانقطاع عن العمل في أجل أقصاه 30 يوماً ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل. ويمكن أن يودع الطلب داخل أجل أقصاه 6 أشهر في حالة وجود قوة فاهرة.</p>

#### Indemnités journalières de maternité

La femme salariée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines.

##### Conditions d'octroi

- justifier d'au moins 54 jours de déclarations et de cotisations pendant les 10 mois civils précédant la date d'arrêt de travail pour accouchement, et qu'elle soit résidente au Maroc.

##### Délai de dépôt

- pour l'avis d'interruption de travail, le délai de dépôt est de 30 jours suivant l'interruption du travail
- pour la demande d'indemnités journalières de maternité, le délai de dépôt est de 9 mois à compter de la date d'arrêt de travail, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeur.

#### **Pièces à joindre à cette demande**

- Copie de la CNI (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS) (3) ;
- Attestation RIB ou spécimen de chèque (si le dépôt n'est pas fait auparavant à la CNSS) ;

##### Ajouter selon le cas :

###### En cas de Maladie

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif);
- Procès verbal en cas d'accident de la voie publique :

###### En cas de Prolongation

- Pli confidentiel du médecin traitant (facultatif);

###### En cas de Maternité

- extrait d'acte de naissance ou, à défaut, un certificat de naissance délivré par le médecin ;
- certificat de décès en cas de décès du nouveau-né ;

#### **Montant de la prestation**

##### Indemnités journalières de maladie

- Durée indemnité accordée à partir du quatrième jour pendant 52 semaines au maximum au cours des 24 mois qui suivent le début de l'incapacité.
- Montant : 2/3 du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu durant les six derniers mois précédents l'arrêt de travail.

##### Indemnités journalières de maternité

- Durée : 14 semaines à partir de la date d'arrêt du travail
- Montant : 100% du salaire journalier moyen soumis à cotisation et perçu pendant les six derniers mois précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site web

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE au

ou appeler notre serveur vocal au numéro

#### التعويضات اليومية عن الولادة

تستفيد المؤمن لها، عند انقطاعها عن العمل من أجل الولادة، من تعويضات يومية لمدة أربعة عشر أسبوعاً.

##### شروط الاستفادة

- أن توفر على الأقل على 54 يوماً من التصرحيات بالأمور متغوف عنها الولادة خلال الأشهر المدنية السابقة لنearior اصطرار لها للتوقف عن العمل من أجل الولادة وان تكون قاطنة بال المغرب.

##### أجل الإيداع

- بالنسبة للاشتراك بالانقطاع عن العمل يتم إيداعه في أجل لا يتجاوز 30 يوماً ابتداء من تاريخ الانقطاع عن العمل؛
- بالنسبة لطلب التعويضات اليومية عن الولادة يتم إيداعه في أجل لا يتجاوز 9 أشهر ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل، تحت طائلة التقادم ما لم تحل دون ذلك قوة فاهرة.

#### **الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب**

- نسخة من البطاقة الوطنية المعمري (إذا لم يتم الإدلاء بها سابقاً للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) (3)
- شهادة بذكرة أو موعد ثنيك (إذا لم يتم الإدلاء بها سابقاً للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)

##### تضاف إلى هذه الوثائق

###### في حالة مرض

- طي سري للطبيب المعالج (اختياري)
- محضر شرطة في حالة حدوث حادث على الطريق العام

###### في حالة التدبير

- طي سري للطبيب المعالج (اختياري)
- في حالة أسمدة

- عقد الإيداع أو شهادة الولادة مسلمة من طرف الطبيب
- شهادة الوفاة في حالة وفاة المولود الجديد

#### **مبلغ التعويض**

##### التعويضات اليومية عن الولادة

- مدة التعويض : يصرف التعويض ابتداء من اليوم الرابع وطوال 52 أسبوعاً على الأكثر خلال 24 شهراً الموالية ل ولادة
- المجز : مبلغ التعويض : 3/2 الأجر اليومي المتوسط الخاص للأشتراك والمتفوض خلال 6 أشهر السابقة للتوقف عن العمل

##### التعويضات اليومية عن الولادة

- مدة التعويض : أربعة عشر أسبوعاً، ابتداء من تاريخ التوقف عن العمل؛
- مبلغ التعويض : 100% من متوسط الأجر اليومي الخاص للأشتراك والمتفوض خلال ستة أشهر السابقة للتوقف عن العمل بسبب الولادة.

##### للمزيد من المعلومات :

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني

أو الاتصال بمركز الاتصال للضمان على الرقم

او الاتصال بالمجيب الصوتى على الرقم



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- INR de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إنجيئر

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس ٧
- جامعة الصيدلة بباريس ٦
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

FACTURE N°:151810037

MARRAKECH LE : 26/07/2023

**Nom et Prénom : BENJELLOUN YASMINE**

**Prescripteur : Dr. ABDEELAZIZ RADI**

Référence : 260723 037

**BILAN :**

FERR B 200 +

**MONTANT NET : 293,00 DHS Soit 200 B**

Deux cent quatre-vingt treize Dh



# LABORATOIRE TENSIFT

D'analyses médicales



مختبر  
تنسيفت  
لتحاليلات الطبية

Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس ٧
- جامعة الصيدلة بباريس ٦٧
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

Madame BENJELLOUN YASMINE

Dossier No 2607 037 du 26/07/2023 à 10h30

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur ABDEELAZIZ RADI

Date de naissance : 16/03/1974

Prélèvement Effectué par notre Laboratoire

Page : 1 / 1

## BIOCHIMIE

FERRITINE..... 27,64  
(Technique ELFA sur VIDAS Mérieux, Sens : <= 1.5 ng/ml)

ng/ml

29/01/20 : 22.12

### VALEURS USUELLES :

Chez l'enfant..... : 20 à 80

Chez l'homme..... : 68 à 434

Chez la femme

non ménopausée.... : 10 à 159

ménopausée.... : 25 à 278

LABORATOIRE  
TENSIFT

Dr ZRIOUIL Abdellah

