

## 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'Horizon  
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° W21-791989

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : RATI

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj

Date de naissance : 06/12/1989

Adresse : 76424

Tél. : 066 276 5224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : kabbaj kamelia Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 22/09/23

Signature de l'adhérent(e) : KTI

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
19-09-23	CS		300 DH	Dr. TAZI SAOUD Zineb Dermatologue 47, Emerald Center, Bd. Oued Laou 4ème Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca Tel: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36 INPE: 061312625

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/23	116,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

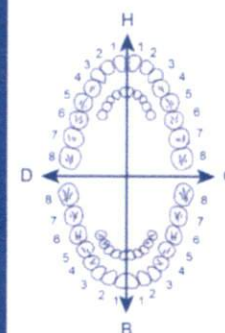
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

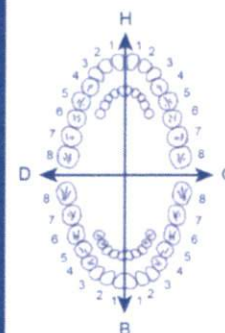
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXP: 02/2026  
LOT: 23B09  
PPV: 49,60 DH

Maladies évitables

6 ID: 652019  
118000 161295  
PPV: 17,40 DH  
Région de Rabat  
Ain El Aouda  
GlaxoSmithKline Maroc

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23B09  
EXP: 02/2026



DR ZINEB TAZI SAOUD  
DERMATOLOGUE

ORDONNANCE

الدكتورة زينب تازي سعود

أخصائية في الأمراض الجلدية و التناسلية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء
- خريجة طب جلد الأطفال من جامعة نانت
- متدربة سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي إين رشد

19/09/2023

Mme Kamelia Kabbaj

1) Deryane Neel:

3 app x 21J sur les mains  
pdt 1 mois

2) Dermeval pommade:

17,40 3 app x 21J sur les lésions (lesion)

pdt 2 semaines puis 3 app/2J

pdt 2 semaines puis 3 app/3J

pdt 2 semaines puis arrêt

3) D-cure ampoules 100.000 Ji:

49.60 x 2

1 ampoule toutes les 2 semaines

4) Amisorexil clinique 5: pldt 3 mois

1 ampoule x 15 pldt 8 semaines

116.60

Dr. TAZI SAOUD Zineb  
Dermatologue  
47, Emeraude Center, Bd. Oued Laou  
4<sup>ème</sup> Etg. N° 16, Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0521 04 01 01 - Gsm: 0688 03 08 36  
INPE: 061312625

Rdv de contrôle le 02/10/2023  
à 17h30

PHARMACIE NADIR  
Rue N°3, Hay Arraha N°29  
Rte. D'el Jadida - Casablanca  
Tél: 05 22 25 09 43  
ICE: 001084172000016