

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'I  
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

M23-014304

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAFID Abdelkader  
Date de naissance : 30/06/1942  
Adresse : 191 Bd. Mohammed VI Casablanca  
Tél. : 0676135577 Total des frais engagés : 523,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
**Dr. EL MANOUZI Abdelkrim**  
**GASTROENTEROLOGUE**  
19, Bd. de Bordeaux  
Tél : 05.22.20.62.31 - Casablanca  
Date de consultation : 25/09/2023  
Nom et prénom du malade : RAFID Abdelkader Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 25/09/2023  
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 Règlement des Actes
25.09.23	A	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SALAM</b> <b>SERKAT Nadia</b> 30 Bd. Al Fods inayat Ain Chok Face CNSS, Casa tel : 05 22 21 13 28 / 21 3402	25/09/23	273,60

[illegible]

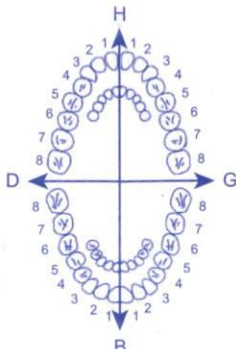
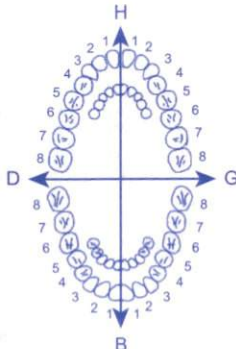
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



**N**

25533412 00000000	21433552 00000000
<b>D</b>	<b>G</b>
00000000 35533411	00000000 11433553
<b>B</b>	

DES TRAVAUX

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Abdelkrim EL MANOUZI

Diplômé de la faculté de Médecine de Rouen-France

Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

Ancien Assistant spécialiste des Hôpitaux de France

Diplôme d'Echographie de la faculté de Paris

Endoscopie digestive

Membre de la Société Française de Gastro Entérologie



## الدكتور عبد الكريم المنوزي

خريج كلية الطب براون (فرنسا)

اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)

طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا

دبلوم الفحص بالصدى من كلية الطب بباريس

التشخيص بالمنظار الداخلي

عضو الجمعية الطبية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le ..... 25 SEP. 2023 ..... الدار البيضاء, في :

Mr RAFIK ABDELKADER

LOT: 230391  
DLUO: 05/2026  
63,30DH

LOT: 230391  
DLUO: 05/2026  
63,30DH



**BALLONYL 2 Cp DEUX FOIS PAR JOUR**  
apres ½ heure des REPAS 1 MOIS

**FORLAX 1 SACHET LE SOIR APRES REPAS dans un grand verre**  
d'eau 1 MOIS

maphar  
Boulevard Akkma n°8  
Quartier Industriel Sid Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73,50 DH  
6118001181193

LOT : A51003  
Exp : 12/2025

**PHARMACIE SALAM**  
SEK'KAT : Nadia  
430 Bd. de Bordeaux - Ain Chok  
Face CNSS. Casablanca  
Tél : 05 22 21 13 26 / 21 3402

maphar  
Boulevard Akkma n°8  
Quartier Industriel Sid Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V. : 73,50 DH  
6118001181193

LOT : W26084  
Exp : 10/2025

**r. EL MANOUZI Abdelkrim**  
**GASTROENTEROLOGUE**

19, Bd. de Bordeaux

Tél : 05.22.20.62.31 - Casablanca

19, شارع بورديو (إقامة هدى) - (قبالة سينما فردان) - الهاتف : 080 83 67 952 / 05 22 20 62 31 - الدار البيضاء

19, Bd. Bordeaux (Résid. HOUDA) - (Face Cinema Verdun) - Casablanca - Tél.: 05 22 20 62 31 / 080 83 67 952

Email : amanouzi@gmail.com