

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0005571

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6493 Société : R.A.M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : TAHIR JOUTI HASSANI IBRAHIM KHALIL  
Date de naissance : 21-3-1959  
Adresse : AVE MY ABDEL AZIZ RESID. DAR EL ANAK ETG 4 N°28 TANGER  
Tél. : 666244310 Total des frais engagés : 523,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Tariq KABBAL  
SPECIALISTE O.R.L.  
CHIRURGE - MAXILLO FACIALE  
12, Avenue Al Maghrib Arabi  
RABAT - Tél : 20.08.32  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 01/9/2023  
Nom et prénom du malade : TAHIR JOUTI KHALIL Age : 65  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pharyngite  
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 : RABAT Le : 01/9/2023

Signature de l'adhérent(e) : J. SAHRI

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-005571

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6493  
Nom de l'adhérent(e) : TAHIR JOUTI  
Total des frais engagés : 523,40  
Date de dépôt :



# 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
01 SEP 2023			300	Dr. Tarik KABBAJ SPECIALISTE O.R.L. 12, Av. Al Maghribi Arabi - Rabat INP : 10 10 82 196

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2023	223,40
		

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

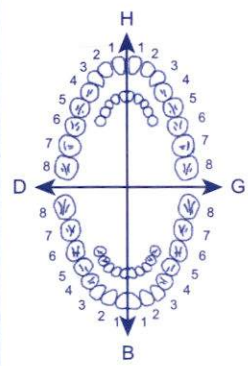
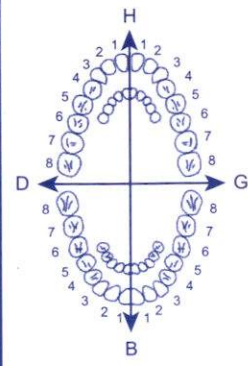
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'OD

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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
		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

**Dr. Tariq KABBAJ**

**Spécialiste O.R.L.**

Maladies et chirurgie

Nez - Gorge - Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

Résidence Hafid "A"

12, Av. Al Maghrib El Arabi - Rabat

Tél.: (+212) 5.37.20.08.32 // 5.37.72.50.06



**الدكتور طارق القباج**

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأنف - الأذن - الحنجرة

خريج كلية الطب بباريس

إقامة حفيظ "A"

شارع المغرب العربي - الرباط

الهاتف: (+212) 5.37.20.08.32 // 5.37.72.50.06

01 SEP. 2023

TARIQ TOUTRI HADJON

IBRAHIM KHALIL



10340

60,00

ORAPARIN



2340

7500

027



Dr. Tariq KABBAJ  
SPECIALISTE O.R.L.  
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE  
12, Avenue Al Maghrib El Arabi  
RABAT - Tél: 20.08.32



**MONOZECLAR®**

**500 mg** Clarithromycine

10 comprimés pelliculés à libération modifiée

مونوزيكلار®

كلاريثروميسين 500 ملغ

10 أقراص مغلفة ذات تحرير معدل



**Abbott**

Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التصويق في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebaâ

MAROC

Fabricant / المصنع

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299

①

*[Handwritten signature]*

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.

Traitement débuté le.....

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال ..... أيام.

..... بدأ العلاج بتاريخ .....

MONOZECLAR® 500mg

Boite de 10 COM PEL

P.P.V : 163,40 DH



6 118001 183838

Maphar  
Km 10, route côtière 111  
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca  
Maroc

Lot:  
Fab:  
Exp:

1165517  
05-2022  
04-2025

حصنة رقم:  
صنع في:  
صالح إلى: