

# 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

- 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**

**M22- 0008944**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10697 Société : RAG  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL GENAEL HABIBA  
 Date de naissance : 30/03/1983  
 Adresse :  
 Tél. : 0661 869512 Total des frais engagés : 181829 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة بوقايم شرايبي حورية  
 Dr. BOUFAIM - CHRAÏBI HOURIA  
 Dermato Vénérologie  
 319, Rue Mustajna El Maâni  
 Tél.: 0522 22 46 07

Date de consultation : 01/09/2023

Nom et prénom du malade : BEN ALSSA KARIM Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dermatite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0008944**

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
01/09/23			309,00	Dr. BOUFAIM ZCHOUA Dermatologie 319, Rue Hassan El Maâni Tel.: 0522 22 48 07

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
11/01/23	124,10
11/01/23	83,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



# CABINET MEDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr. Boufaïm - Chraïbi Houria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Cosmétologie et Laser

Tél.: C: 05 22 22 46 07 - 05 22 29 44 29

Sur Rendez-Vous

الدمية بوفيم - شرايبي هورية

خريجة كلية الطب بليون

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

العلاج بالأشعة الشمسية والليزر

الهاتف: ع: 05 22 22 46 07 و 05 22 29 44 29

بالموع

Casablanca, le: 23/09/2023

Ben Aïssa Karim



1/ Cremiderm

20,00

4/8 x 37

fois la nuit

67,20

2/ Eryflunel solution (100)



36,50

3/ Cutacnyl 5



124,10

1- soir après toilette du visage

319, زنقة مصطفى المعاني - (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الدار البيضاء

319, Rue Mustapha El Maâni - (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) - Casablanca

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

الطبيبة هورية شرايبي  
Dr. Boufaïm Chraïbi Houria  
319, Rue Mustapha El Maâni  
Tél: 0522 22 46 07



# CABINET MEDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr. Boufaïm - Chraïbi Houria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Cosmétologie et Laser

Tél.: C: 05 22 22 46 07 - 05 22 29 44 29

Sur Rendez-Vous

الطبيخة بوفاييم - شرايبي هورية

خريجة كلية الطب بليون

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر

والأمراض التناسلية

العلاج بالأشعة الشمسية و الليزر

الهاتف : ع : 05 22 22 46 07 و 05 22 29 44 29

بالموعد

Casablanca, le: 1 SEP 2023: الدار البيضاء، في:

Ben Aïssa Karim

10/ Soir Supplémentaire Parianteron

10/1

20/ Glycyl A. Body

10/1 20

82, 100 Retacnyl 0,05

appliquer 1 à 2 fois (2x/12)

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06



319, زنقة مصطفى المعاني - (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الدار البيضاء

319, Rue Mustapha El Maâni - (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) - Casablanca

- Huile de Soin Vegetale (Eucalyptus)

application 13 (massage)

Dr. BOUFAM - CHRAÏBI HOURIA  
Dermato - Venerologie  
419, Rue Mustapha Kaddouri  
Tel: 0522 22 45 07