

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'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

M23-003502

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOUINE AbdelKRIM 182354
 Date de naissance : 15/06/1948
 Adresse : 27 Rue Ibnouh El KATTAN Apt N°2
 1^{er} Etage NABARIE COCA
 Tél. : 0658903371 Total des frais engagés : 1226,40 Dhs
 0641696468

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
3 km Add. El Haraki, Quartier des Hopitaux
Res. Al Karam NDC - Casablanca
TEL : 05 22 48 38 79

Date de consultation : 02/11/2023
 Nom et prénom du malade : Zouine Abdelkrim Age: 78

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie: ALD

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 : COCA Le : 10/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
01/03/23	ES	—	350,00	Dr Abdelhak El Ghazal

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. SUELMASSI Bouchra Rue Mausolée Q. Hôpitaux Casa - Tél: 05 22 86 28 99	02/01/23	876,30

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
		AM	PC	IM	IV	

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"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelhafid SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Electro-encephalographie



الدكتور عبد الحفيظ السديقي

أمراض وجراحة - العصبية
العمود الفقري (البالغ)

طبيب ملحق سابقا بمستشفى
الاختصاصات بالرباط
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

التخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le: 02/11/23 :الدار البيضاء، في:

Dr Zoune Abdelkrim

201, 00

1's

Modp

14/18/100

167,40 x 2 = 334,80

1's

2) Nedizapin 500

113,50 x 3 = 340,50

1's

3) Nedizapin 200

14/18/100

T = 876,30

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
30, Rue Mausolée Q. Hôpitaux
Rés. Al Karam II, Casablanca
Casa - Tél : 05 22 48 38 79

NO-DEP® 50mg

60 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050995

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**60 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 450

PER : JUN 2025

PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 5 mg

30 comprimés ○



6 118001 150946

30 قرصا ملبسا

CiplaMaroc

LOT : 055

PER : AUT 2025

PPV : 167 DH 40

ميديزابين[®] 5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 5 mg

30 comprimés ○



6 118001 150946

30 قرصا ملبسا

CiplaMaroc

LOT : 055

PER : AUT 2025

PPV : 167 DH 40

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **Zouine Abdelkrim**

Matricule : **2525**

N° CIN :

Adresse : **27 Rue IBRAHIM KATRAH 2^{ème} Etage Appart 2**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifié que Mlle, Mme, M. : **Zouine Abdelkrim**

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Cardiopathie hypertensive, DAVD
Arteriosclérose herpessée, diabète
Dépression Clinique**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

cf ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **05/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
3 Rue Addi El Haraki Quartier des Hopitaux
RDC - Casablanca
Tél : 05 22 48 38 79

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées