

# 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

N° M21- 0056585

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7633 Société : R.A.I.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZGHAIJIDA HABIB  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : 126, Lot AL Moustakbal Siidi Maarouf Casablanca  
 Tél. : 0666 16 36 98 Total des frais engagés : 743,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. B. SEKKAT**  
Médecin  
Lot. Audouh Al Moustakbal  
M. A 24 GH. 13 Apt. 1 - Casablanca

Date de consultation : 23/10/2023  
 Nom et prénom du malade : ZGHAIJIDA HABIB Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HSA  
 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 : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : **Dr. B. SEKKAT**  
 Médecin  
 Lot. Audouh Al Moustakbal  
 M. A 24 GH. 13 Apt. 1 - Casablanca

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 Rendement des Actes
23/10/2013	Q		150,8 HT	DR. B. SEKKAT Méd. D.C. 1993 Al Mouslekbal mm. A 24 GH. 13 Appl. 1 - Case 09 120 1954

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/2013	193,80
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL Lot: AL Mouslekbal, Lot. N° 7 Route 1029, Sidi Maarouf, Casablanca Tél: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

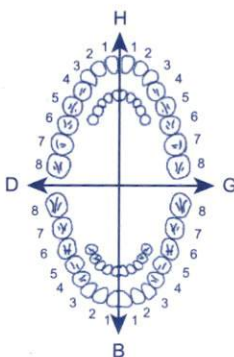
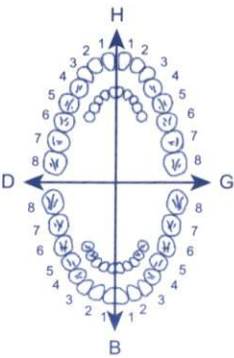
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

**Dr.Bouchra SEKKAT**

*Médecine Générale*

Diplômée en Ecgographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie Médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**

**الطب العام**

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفرة)

و الامراض التناسلية السيدا

اختصاصية في التنظير المهبلي و أمراض النساء

طبية سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 23/10/2023

ZGHAIIDA HABI B



AMOR 10 mg

98,90 x 6

(593,40) 1 p 1

x 6 mois

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

**Dr. B. SEKKAT**  
Médecin  
Généraliste  
Imm. A 24 GH-13 Appt. 1 - Casa

UT.AV : 12 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : FT3821

UT.AV : 35 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : HF2498  
98,90

UT.AV : 35 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : HA-73 98,90

UT.AV : 35 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : FF39-7

UT.AV : 35 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : HF2478 98,90

UT.AV : 35 24 P.P.V. :  
98 90  
LOT N° : 98,90