

## 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, parodontologie 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

N° W21-763044

192949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 432 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : QUARTI Mustapha

Date de naissance : 1-1-1939

Adresse : 43 Rue de Amnifans 17y

Tél. 0661 14 424 3 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur ABBOUR Mohamed**  
Médecine Générale  
Médecine du Sport  
Bd. Baghdad 177 bis, Ain Chok  
Casablanca - GSM : 07 77 77 77

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : QUARTI MUSTAPHA Age : 84 ans

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

Nature de la maladie : sd digestif

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1702 JAN 2021

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 : 18 / 01 / 2021

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            |
| 19/07/2024                     | c                 | - 1                   | G                               | INP : 091000463<br>Docteur ABBAH Mohamed<br>Médecine Générale<br>du Sport |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |      |                       |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date | Montant de la Facture |
| <p><b>PHARMACIE DE L'OPERA</b><br/> <b>Mme. Souad AMOR</b><br/> <b>82, Rue Mohamed Bahr</b><br/> <b>Casablanca 22 3522 23 11 72</b></p> | 2012 | 209.90                |

[illegible]

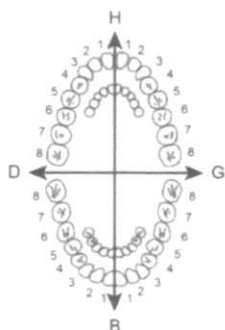
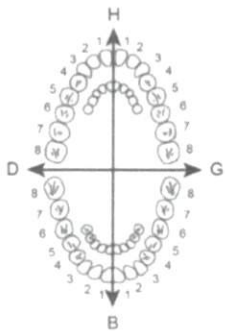
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |          |          |          |          |          |          |          |  |
|--|--|---------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|   |  |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             |  |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D                      G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                     |             | 25533412                                     | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |  |                     |             | 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



Docteur ABBOUR Mohamed

Médecine Générale

Titulaire du diplôme Universitaire

de médecine du Sport de Renne en France

Medecin agréé pour la délivrance des certificats  
medicaux pour l'obtention du permis de conduire

الدكتور عبور محمد

الطب العام

حائز على شهادة جامعية في الطب الرياضي

برين بفرنسا

طبيب مرخص لمنح الشواهد الطبية

للحصول على رخصة السياقة



Casablanca, le 19/01/2025

73.80 DH  
05/2026  
Z1420

QUARTI MUSTARHA

73.80

Mepabal

1 g  
matin et soir après le repas

54.00

Duspatalin 200 mg  
3 x / jour

5 minutes avant les repas

821.3

Euzol 200 mg  
1 g / jour à jeun matin

209.90

LOT: 2360031  
PER: 03 2025  
DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
6 118000 010531

Docteur ABBOUR Mohamed  
Médecine Générale  
Médecine du Sport  
Bd. Baghdad 177 bis, Ain Chok  
Casablanca - GSM: 06 74 45 11 90

LOT: 5716  
PER: 07/26  
PPV: 82DH10