

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

M23-006621

193077

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10022

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : EDDOUSSI

Karim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664641733

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zoubir EL GHEZOUANI
Médecin Généraliste
5, Rue 4, 1^{er} Etage Hay Tasshoult
Angle Bd Mehdi Ben Barka
Bourgogne Casablanca
Tél: 0522 29 49 29

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade : ES-SOUSSI Fatma

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Gêne multiple

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 : Casablanca

Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/01/24	C		200 dh	Dr. Zoubir EL GHEZOUANI Médecin Généraliste 5, Rue 4.1 ^{er} Etage Hay Tassahoul Angle Bd Mendi Ben Barka Bourgogne Casablanca Tél: 0522 29 49 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL FARABI Bd de Bourgogne - Casablanca Tél: 0522.27.35.82 INPE 092004739	05/01/24	95.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

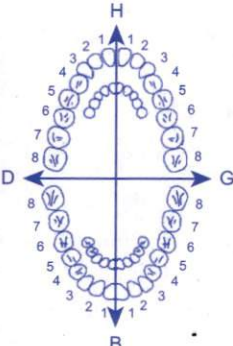
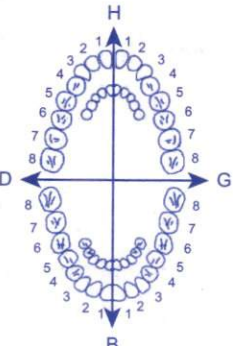
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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. Zoubir El Ghezouani
الدكتور الزوبر الغزواني

Médecine Générale
Echographie
Electrocardiogramme
Agréé pour certificat de permis de conduire

الطب العام
الفحص بالمصدي
تخطيط القلب
معتمد لشهادة رخصة السياقة

Casablanca, le : 05/01/2024

Mme ES-SNOUSSI Fatna



95,00 EXTRAMAG Triple Action, Cp
1 cp / jour le matin pendant 1 mois

Pharmacie A. FARABI
45, Bd de Bourgogne Casablanca
Tél: 05 22 27 35.82
TP: 35601098
N° d'agrément: 001654187000019
N° d'agrément: 092004539

Dr. Zoubir EL GHEZOUANI
Médecin Généraliste
5, Rue 4, 1er Etage Hay Tassahoul
Angle Bd Mehdi Ben Barka
Bourgogne Casablanca
Tél: 05 22 29 49 29



+212 5 22 29 49 29 +212 6 61 05 10 72 zoubir.elghezouani@gmail.com

5, Rue 4 Hay Tassahoul Angle Bd Mehdi Ben Barka, 1^{er} étage, Bourgogne - Casablanca

5 حي التسهل زنقة 4 زاوية شارع المهدي بن بركة - بوركogne. الدار البيضاء.

Extramag®

TRIPLE ACTION

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

● **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

● **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

● **VERVEINE**

³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



COOPER
PHARMA

30 Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2022
12/2022
0722010

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741