

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse 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

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

Dos n° 10598  
N° P19-0039648

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ABDOUN Abdelhak Société : 2664  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rak  
Nom & Prénom : ABDOUN Abdelhak  
Date de naissance : 1-6-1954  
Adresse : Rue EL FOUATE  
115 résidence la case apt 502 Maarif, CASA  
Tél. : 0638878754 Total des frais engagés : 0638878754 Dhs  
450,20 DH

### Cadre réservé au Médecin

Docteur Rajaa RABHI

Cachet du médecin :

Neurologue - Explorations  
Neurophysiologiques  
EEG - EMG  
3d. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  
6ème Etage N° 49 Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 50 50 - GSM : 06 61 09 29 48

Date de consultation : 18-09-2019  
Nom et prénom du malade : ABDOUN Abdelhak Age : 65  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Troubles neurologiques  
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 : CASA Le : 29/11/2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Pratique des Actes
18.08.2013	C2		300 DRI	Neurologue - Explorations Neurophysiologiques EEG - EMG Bd. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour 2ème Etage N° 19 Maarif - Casablanca Tél.: 05 22 25 50 40 - GSM : 06 61 09 29 48

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DE LA MOSQUE  
NABIL  
Pharmacie  
rif Casablanca

ALMANTIN® 10 mg  
28 comprimés pelliculés sécables



18/8/13

150,20

# 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

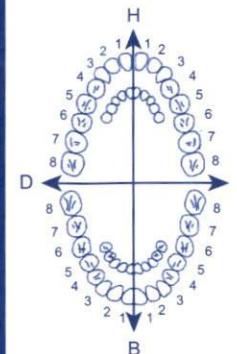
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

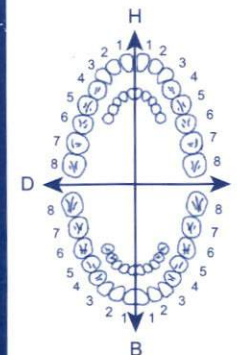
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

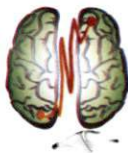


(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RABHI



## الدكتورة رجاء رابحي

- اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب و العضلات

18/09/2019

Casablanca, le

### ABDOUN ABDELHAFID

#### • ALMANTIN 10

150,20 1/2 comprimé, matin, pendant 1 semaine puis 1/2 comprimé, matin, soir, pendant 1 semaine puis 1/2 comprimé, matin et 1 comprimé, soir, pendant 1 semaine puis 1 comprimé, matin, soir, pendant 1 mois

#### • Athymil 30 mg

1/2 comprimé, soir, pendant 3 mois

Docteur Rajaa RABHI  
Neurologue - Explorations  
Neurophysiologiques  
EEG - EMG

Bd Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour  
2ème Etage N° 19 Maarif - Casablanca  
05 22 25 50 40 - GSM : 06 61 09 29 48

PHARMACIE DE LA MOSQUE  
Dr. NABIL  
Docteur en Pharmacie  
76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca  
Tél: 05.22.98.42.73

شارع يعقوب المنصور الرقم 22 قضاء المنصور الطابق الثاني. الرقم 19 المعاريف. الدار البيضاء. المغرب  
الهاتف: 00 212 5 22 25 50 40 - المحمول: 00 212 6 61 09 29 48

Bd Yacoub Mansour - N° 22 Espace El Mansour, 2ème étage, N° 19 Maarif - Casablanca - Maroc  
Tél.: 00 212 5 22 25 50 40 - Gsm : 00 212 6 61 09 29 48  
rajaarabhi@gmail.com