

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-512415

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ 22141 ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5113 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELZAHOF Youssef

Date de naissance : le 20 Octobre 1966

Adresse : N° 32, BOULEVARD ELADAB, Quartier de l'Horloge, Casablanca

Tél. : 27-83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2020

Nom et prénom du malade : Youssef ELZAHOF Age :

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

Nature de la maladie : Lumbago

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 12/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

[illegible]

attestant le Paiement des Actes

INP : 0147299

GSM : 06 78 72 10 00

Cab. : 05 23 31 59 24

Mohammedia

21, Avenue des F.A.R. 1<sup>er</sup> Etage

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ORTHOPEDIE</b> <b>DU MAGHREB</b> <b>M. TALL YOUNES</b> <b>AVENUE DES F.A.R. MO</b> <b>23 32 24 16</b>	11/02/2024	114,10

Montant de la Facture

Docteur Mohamed MUYARA

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZLYOUN  
VENUE DES  
23 32 52 52

Cachet et signature du

[illegible]Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

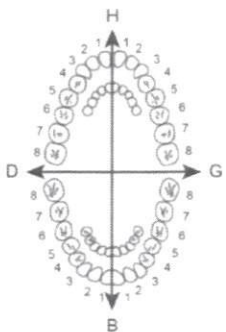
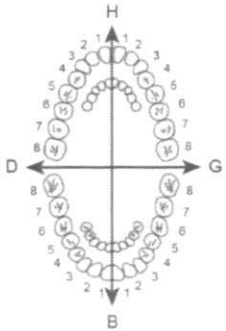
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>														
				<b>Coefficient des Travaux</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>														
					<b>MONTANTS des Soins</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>													
					<b>DEBUT d'exécution</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>													
				<b>FIN d'exécution</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient des Travaux</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>													
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: right;"></span>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

**(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



# Docteur Mohamed MIYARA

RHUMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne-France

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Osseuses et des Articulations

Maladies des Muscles et de la colonne Vertébrale

Médecin Expert

# الدكتور محمد ميارة

اختصاصي في الروماتيزم

وأعراض العظام والجهاز العضلي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بسانتيتيان فرنسا

طبيب خبير

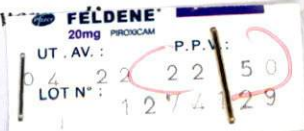
Mohammedia, le 11 FEV 2020 المحمدية, في

MR ZEHAF YOUSSEF

53.10  
RELAXOL 2 cp au coucher



2250  
FELDENÉ dispersible 20mg boîte de 05 1 cp/J dans 1/2 v  
heure après Le repas DE MIDI



3860  
NEUTRAL 1 cuil à soupe après le repas DE MIDI

1 cuil à soupe après le repas

PPV 38DH50 EXP 10/2022  
LOT 99025 1

Docteur Mohamed MIYARA  
RHUMATOLOGUE  
Médecin-Expert  
21, Avenue des F.A.R. 1er Etage  
Mohammedia  
Cab.: 05 23 31 59 24  
GSM: 06 78 72 10 00

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
21, Avenue des F.A.R. MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880

21, Avenue des F.A.R.  
1er Etage-Mohammedia

Cab.: 05 23 31 59 24: العيادة  
GSM: 06 78 72 10 00: النقال

21، شارع الجيش الملكي  
الطابق الأول-المحمدية