

## 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'H  
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**  
**M23-014470**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10020 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ALAoui HACHIMI Mr HAFID  
Date de naissance :  
Adresse : 160165  
Tél. : 0551 329669 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 13 MAI 2023

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

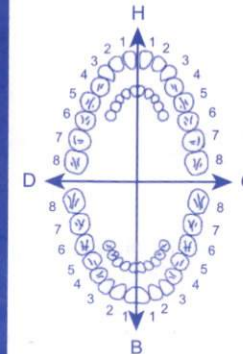
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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 |
| B        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## conditions générales

### POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- |       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF    | = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI   | = Soins infirmiers pratiques par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM   | = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI   | = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP    | = Actes pratiques par un Orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY   | = Actes pratiques par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R - Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie  | B     | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialités   |       |  |

### POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

### LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - LES CURES THERMALES             |
|  | - LA CIRCONCISION                 |
|  | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE.      |

### EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 024187

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ALAOUI HACHIMI My HAFID

Matricule : 1020 Fonction : Rekroute Poste :

Adresse :

Tél. : 0661 32 96 69 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ALAOUI HACHIMI My HAFID

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : 11/04/23

Nature de la maladie : arthrose de la hanche

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A CASA le 11/04/23 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

N° 024187






## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/04/23        | C2                |                       | 200,00                          |  |
| 19/04/23        | C4                |                       | 5                               |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date                 | Montant de la facture |
|--|----------------------|-----------------------|
|  <b>PHARMACIE</b><br><b>JE PAYS RAPIDEMENT</b><br><b>ABOUTIKA</b><br>Pharmacie en pharmacie<br>125 Bis, Avenue des Gladiolus Bd Aronal<br>92000 Nanterre<br>Tél : 01 47 22 66 05 | 11/04/23<br>19/04/23 | 154,50<br>45,00 DH    |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des coefficients | Montant des honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du praticien | Dates des<br>soins | Nombre |    |    |    | Montant<br>détaillé des<br>honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|----|----|----|---------------------------------------|
|                                     |                    | AM     | PC | IM | IV |                                       |
|                                     | .....              |        |    |    |    | .....                                 |
|                                     | .....              |        |    |    |    | .....                                 |
|                                     | .....              |        |    |    |    | .....                                 |
|                                     | .....              |        |    |    |    | .....                                 |
|                                     | .....              |        |    |    |    | .....                                 |

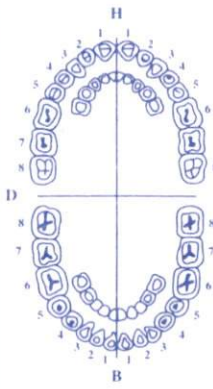
## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

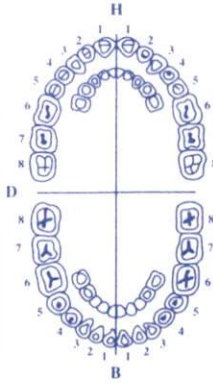
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 |
|--|----------------|------------------|-------------|
|   |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
|  |                |                  |             |
| <div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div> |                |                  |             |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|--|--|----------|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|
|    | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></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        |   | G | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  |
|  | H  |          | G |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | B  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
|  |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |
| <div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div> |  |          |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie  
- CHU IBN ROCHD -

(Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Colon)

(Hépatologie Médicale et chirurgicale)

(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)

Technique de Hémmorroidectomie au Ligasure  
Fibroscopie - Colono-scopie - Echographie Abdominale



## الدكتور محمد ثوريندة

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
اختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي - ابن رشد  
التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، الأمعاء، القولون  
أمراض المخرج، الشق الشرجي، إزالة الدم،  
وجراحة البراسير بالليزر  
الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة والقولون  
الفحص بالصدى

19/04/23

Alani Nassim; Doulay Hafid

16,00

Tanneur cur

14,50 x 2  
29,00  
2

Hemoferb Supr

45,00

PHARMACIE HAY RAJA  
Hichem ABOUTKA  
Docteur en Pharmacie  
125 Bis, Av. des Mamelles  
Hay Raja - HERRING 98  
Casablanca - Tél : 022 88 08 28

Dr. GOURINDA MOHAMMED  
Spécialiste Des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
N° 50 Bloc 42 Hay Al Wifak Sidi Bernoussi  
Casablanca Tél: 05.22.75.60.99

Lundi - Vendredi : 9h:00 - 16h:30

Samedi : 9h:00 - 13h:00

الاثنين - الجمعة : 9 صباحا إلى 16:30 بعد الزوال

السبت : 9 صباحا إلى 13:00 زوالا

Bloc 42 N° 50 - Bd Ahmed El Abdi (Près Cinéma Salam) Sidi Bernoussi - Casablanca - Fixe Cabinet : 05 22 75 60 99 - GSM : 06 72 22 64 97

بلوك 42 رقم 50 - شارع أحمد العدي (قرب سينما السلام سابقا) سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - هاتف العيادة : 05 22 75 60 99 - المحمول : 06 72 22 64 97

2008/09/01

14.10

LOT: 22043  
PER: 03-2025  
PPV: 16,00DH

14,50



# Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie

• CHU IBN ROCHD -

(Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Colon)

Proctologie Médicale et chirurgicale

(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)

Technique d'Hémorroïdectomie au Ligasure

Fibroscopie - Colonoscopie - Echographie Abdominale



## الدكتور محمد ثوريندة

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

اختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي - ابن رشد

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء، القولون

أمراض المخرج، الشق الشرجي، إزالة الدم،

وجراحة اليواسين بالليزر

الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

11/04/23

Alami Hachimi Mly Hafis

12.30

S.V

1' Coutalax

2 cu le soir de Mardi

2 cu le matin Mercredi

à jeun

2 Fontenat

4 Seche - 4 litre d'eau

S.V

T=154.50

PHARMACIE HAY RAJA

H'cham ABOUTIKA

Docteur en pharmacie

125 Bis Av. Des Pleiades Bd Anoual

Hay Raja - Hermirage

Casablanca - Tél: 05 22 86 05 25



Dr. GOURINDA MOHAMMED  
Spécialiste Des Maladies  
de l'Appareil Digestif

66 Bloc 42 Hay Al Witrak Sidi Bernoussi  
Casablanca Tél: 05.22.75.60.99

Lundi - Vendredi : 9h:00 - 16h:30

Samedi : 9h:00 - 13h:00

Bloc 42 N° 50 - Bd Ahmed El Abdi (Prés Cinéma Salam) Sidi Bernoussi - Casablanca - Fixe Cabinet : 05 22 75 60 99 - GSM : 06 72 22 64 97

06 72 22 64 97 : المحصل : 05 22 75 60 99 : هاتف العيادة : الدار البيضاء - سيدي البرنوصي - Hay Al Witrak - 42 رقم 50 - شارع أحمد العبدى (قرب سينما السلام سابقاً) سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - هاتف العيادة : 05 22 75 60 99 - المحصل : 06 72 22 64 97

maphar 

Boulevard Akimie n°6  
Quartier Industriel S 3 Benousse Casablanca - Maroc

FORTTRANS SAC B4

P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : W13990  
p : 05/2025

CONTALAX 5MG

CP B30 



6 118000 010326

RECEIVED  
HYPHEN VROCHIKY  
BYKKNYCE HVA BVIV