

# 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

- Reclamation : 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

M22- 0052419

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEKKALI AHMED  
Date de naissance : 01/11/58  
Adresse : 3, Rue Haid Ibrahim  
Tél : 0661427832 Total des frais engagés : 400 + 352,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. My Abdelhafid BOUKILI  
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE  
17, Rue Mahmoud Tinnour - R.D.C  
Résidence Rawafid 2, Quartier Gauthier  
Casablanca - 05 22 26 99 06  
Date de consultation : 29/05/2023  
Nom et prénom du malade : BEKKALI Ahmed Age : 1958  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Troubles dépressifs  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Psychiatrie  
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 : 06/06/2023  
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 le Paiement des Actes
20 MAI 2023	CDH		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la facture	
PHARMACIE ROUDAH Mme LEBBAR Khouadja EP 6, Bd Brahim Roudahi vers Maârif - Casablanca Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 23 87	29-5-23	352,60	

## 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 :

Veillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	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	
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur My Abdelhafid BOUKILI

الدكتور م. عبد الحفيظ بوكيلي

Psychiatrie - Psychothérapie

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Paris  
Certificat d'Etudes Spéciales  
Paris VI 1982

طبيب ومعالج نفسي

طبيب سابق في المستشفيات المختصة بباريس  
حائز على شهادة الاختصاص بكلية باريس 1982 VI

Casablanca, le 29 MAI 2023 في الدار البيضاء،

1. BEKKALI Ahmed

TREZEN 20 mg

1 cje le matin

ZEAN 6 mg

1/4 de cje

1/2 cje le soir

SOLIAN 50 mg

1 cje le soir

Loxionil 25 mg

2 cje le soir

x 1 noir

3526

Dr. My Abdelhafid BOUKILI  
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE  
17, Rue Mahmoud Timour - R.D.C  
Résidence Rawafid 2, Quartier Gauthier  
Casablanca - 05 22 26 99 06

PPV: 129DH00  
PER: 02/25  
LOT: M479

PPV: 34DH70  
PER: 01/26  
LOT: M198

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat, A.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg, CB B 30  
P.P.V.: 35,10 DH  
6 118000 061458

LOT: 0100  
EXP: MAI 2027  
PPV: 51,30 DH

LOT: 0100  
EXP: MAI 2027  
PPV: 51,30 DH