

## 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.

### 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

N° W21-785578

165842

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3174 Société : R A M I

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Re-traite

Nom & Prénom : Faïssaoui Amar

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 19 20 64 15 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr HASSAN CHEFFI  
Médecin Généraliste  
Rue 23, N° 69, Hay El Ouds an face  
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi  
CASABLANCA - Tél. 022 73 78 51

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : FAÏSSAOUI Amar

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

Nature de la maladie : Amalcté

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 : 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
6/10/6	20/10/6		1502	INP :  091040834 CHEF Médecin en chef

091040834

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	06/06/23	439,70

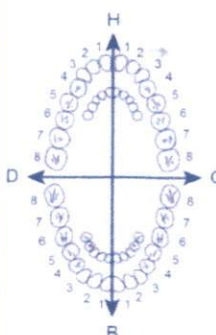
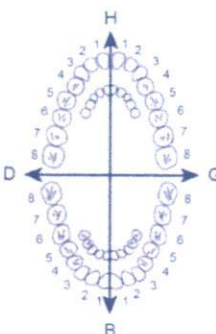
[illegible][illegible]

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>							
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>							
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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.**

INP : 

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE 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 Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplôme en Echographie  
de l'Université de Montpellier

Diabète

Thérapie par l'énergie positive (reiki)

الدكتور حسن الشفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص

العلمي بالصدى جامعة مونبلي

داء السكري

العلاج بالطاقة الإيجابية (الريكي)

Casablanca : 6106 120 23

FAi JTAvi Aomar

3470

Velax L P 75

Almer

1cm

3471

M30

MediGapin 2,15

le matu

Almer

1cm

3472

36,7

Amoxil 6mg

le. 3

Almer

1cm

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
QAI Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

8870

Semaine

Nemo x 13

4380

1 u a 2 d b i

gany

Flac 100

Semaine

Romac 300

8370

زقة 23 الرقم 69 حي القدس امام مسجد لالة فاطمة الزهراء سني في البرنوسي - الدار البيضاء  
Rue 23 N°69 Hay Quds (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22 73 78 51

439,70



P.P.V.: 450.180

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

LOT: 22E01  
PER: 06 207

PPV: 1010400

EXP: 07/25

LOT: 1206836



NEOMOX<sup>®</sup>

Neomox<sup>®</sup> 500 mg

LOT: 063  
PER: JUN 2025  
PPV: 113 DH 50

36/20

LOT: 1012000  
PER: 10/2024  
PPV: 333.70 DH

83/20