

## 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

- 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

N° W21-797667

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8754 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAH

Date de naissance : 27.10.1965

Adresse : G. RES WARDIA WAFIA

Tél. : 0666871065 Total des frais engagés : 521,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/17/2023

Nom et prénom du malade : EL HASSANI M. REDA Age : 16 ANS

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

Nature de la maladie :

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.

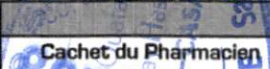
Fait à : CASABLANCA Le : 16 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RÉLEVÉ 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
28/7/2012	Examen	1	250,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/07/2023	271,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

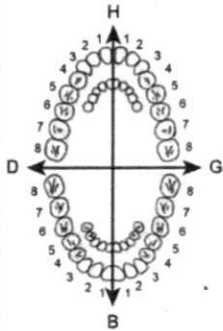
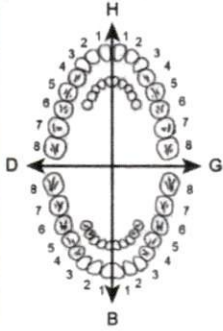
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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 : <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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            11433553         </div> </div> <b>B</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL  
et en Chirurgie Cervico - Faciale  
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

28/7/2023

الدار البيضاء في

El Hassan Mohamed Reda

Dr. Amine SAIDI  
Spécialiste en O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Lot 1 - Bd. Oum Rbil - Gh. 25 A - Oulfa  
30, Bd. Oum Rbil - 05.22.90.68.94

93.2

1 - Soclor 1g



19.4

2 - Antibic - Soclor

40.1

3 - Pflind 20mg

119.10

4 - Pilsone

30, Bd. Oum Rbil - Lot. Firdaous GH25A RDC, Apt 1 Oulfa - CASABLANCA - Tel.: 05.22.90.68.94

271.50

Dr. Amine SAIDI  
Spécialiste en O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Lot 1 - Bd. Oum Rbil - Gh. 25 A - Oulfa  
30, Bd. Oum Rbil - 05.22.90.68.94

الأنف  
أنف  
طازون

אברהם

20

20

پریستینیتولون

®

**FIPRED® 20 mg**

J 40DH00  
P 10/2025  
T 20018 15

قسطیات ازین کتاب

## ANTIBIO SYNALAR

غ 18

**b**

bottu

82, allée des Casuarinas - Al  
S. Bachouchi - Pharmar

19,40

111

N° du Lot

Date Per.

22:08

5

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04



12 كيسات

1/8 : كلافوكلافام / أموكسيسيلين / حامض

1 غرام / 125 ملغ  
سوكلاف

12 Sachets

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

Soclav 1g/125 mg

Soclav<sup>®</sup>  
Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

6

1 g/125 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Adultes

12

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

سوطيما  
sothema

93,00