

# 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- 0043142

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **FIRAS BOUCHAÏB** Société : **R.A.M**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **172623**  
 Nom & Prénom : **FIRAS BOUCHAÏB**  
 Date de naissance : **31.07.1953**  
 Adresse : **RES FIRDADUS C15 IMM 83**  
**CASA 4 PPT 1**  
 Tél. : **06.76.92.81.95** Total des frais engagés : **6.00,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**دكتور سعيد الخزول**  
**طبيب محلف، خبير لدى المحاكم**  
 60، طريق مولاي التهامي  
 (قرب مستشفى الحي الحسني)  
 مارول الحبي الحسني - الدار البيضاء  
 الهاتف : 077 90 70 88 ، الفاكس : 070 97 66

Date de consultation : **28 JUL 2023**

Nom et prénom du malade : **FERAS BOUCHAÏB** Age :

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

Nature de la maladie : **Arthrite - Hémifas**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : **28 JUL 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **FIRAS BOUCHAÏB**



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18 JUL 2023     |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/07/23

600.70

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

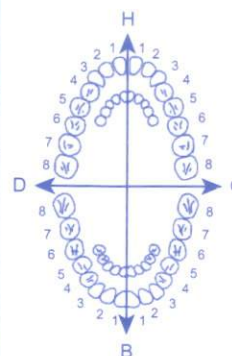
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[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

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux








الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير

Casablanca, le : 18 JUL 2023

الدار البيضاء، في

1. 71.80 Sevan 500  x 2
2. 22.00 x 2 Rinsmicare  x 2
3. 79.00 x 2 Hikol  x 2
4. 48.00 x 3 Zovirax 500  x 2
5. 53.10 Relaxol  x 2
6. 91.30 Zovirax 400  x 2
7. 76.00  x 2

Pharmacie MODERNE  
LAHLOU Amal

Docteur en Pharmacie  
102, Av. Moulay Thami - El Jadida

Tél: 05.22.90.35.49.30

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف  
خبير  
(قريب من مستشفى الحسن الثاني)  
022 90 70 80  
022 90 70 80

الدار البيضاء (قرب محطة الصناديق الاجتماعية) - العي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



500mg/2

side

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 21E015  
PER : 10/2024



SANOFI

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 23E020/  
PER : 02/2025



SANOFI

عن طريق الفم

AZCLE 400 mg

ibuprofène  
1 comprimé entrecouvé  
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240068

27,30



Voie  
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,00 DH  
ID : 647536  
6 118001 141548

Voie  
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,00 DH  
ID : 647536  
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,00 DH  
ID : 630417  
6 118001 141548

65/00

30 comprimés effervescent

Oralred 20 mg

اداريد 20 mg

74,80

SEPCEN 500 mg  
ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

22,70

ت الصيدلة فارما 5  
لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

22,70

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

# Apixol<sup>®</sup>

Adultes

Solution buvable

Lot:

A consommer

avant le:

PPC: 79,00 DH

230103

01/2026



8 032578 477337

# Apixol<sup>®</sup>

Adultes

Solution buvable

Lot:

A consommer

avant le:

PPC: 79,00 DH

230103

01/2026



8 032578 477337