

# 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'Hi.  
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

M23-010333

124161

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

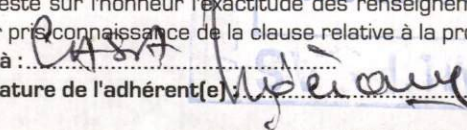
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEN KAD MIR MOSTAPHA  
 Date de naissance : 03-06-1954  
 Adresse : 19 Rue BALABAK ETG 2 N°6  
 BEN OUA, CASA de 120  
 Tél. 08.33.3033.87 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 06/06/23  
 Nom et prénom du malade : BEN KADIR MOSTAPHA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Trouble mental  
 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 : 06/06/23  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° 144-216 / 2013



# 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
06/06/23	S		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture


  
**PHARMACIE NOUVELLE CASABLANCA**  
**K. BOUZOUBA**  
 16, Bd de la Liberté - Casablanca  
 Tél. : 05 22 31 47 17

06/06/23      1122,20

# 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

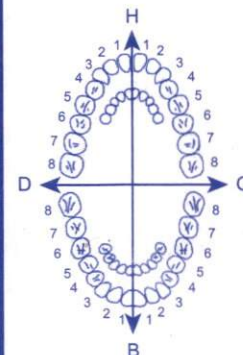
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



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]

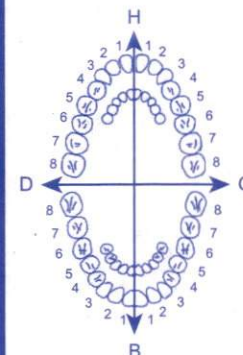
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**Dr Driss El Amraoui**  
**Psychiatre**  
Ancien Assistant Spécialiste  
des Hôpitaux de France (Paris)  
Tél.: 05-22 30 66 62

**الدكتور إدريس العمرأوي**  
إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية  
طبيب إختصاصي مساعد سابقاً بمستشفيات  
فرنسا (باريس)  
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 6/06/2023 في الدار البيضاء،

N° BEN KADILIR Mostapha

LOT : ZZE005  
PER: 08 2026  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

1/ Tre - Zan 20

LOT : ZZE005  
PER: 08 2026  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

02/08/23 9830x9  
10/08/23 284613  
2/ Athy 30

10/08/23 284660  
23/06/23 35130x18  
17/16 284463 (1B)  
28/08/23 284739 (2B)  
26/06/23 284495 (2B)

02/08/23 284614  
02/08/23 284614  
12/06/23 284427  
3/ Alpro 10

02/08/23 284615 (2B)  
23/06/23 284484 (2B)  
08/09/23 284538 (2B)  
4/ stilmax 10

08/09/23 284538 (2B)  
56 60x5  
120x5

**Dr. D ELAMRAOUI**  
**Psychiatre**  
**Psychoterapeute**  
39, Bd. Rahal El Meskini - Casa  
Tél: 05 22 30 66 62

Traitement pour :

39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4<sup>ème</sup> étage (Ascenseur) - الدار البيضاء أنفا



LOT 223841 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223841 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223841 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

LOT : 22E005  
PER:08 2026  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 23E001  
PER:04 2027  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 22E006  
PER:08 2026  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables  
6 118000 080763

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables  
6 118000 080763

LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

LOT 223842 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



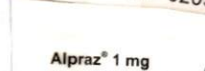
6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



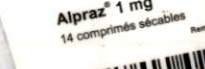
6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

Alpraz® 1 mg  
14 comprimés sécables  
Remboursable AMO



6 118000 020523

PHARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K. BOUZOUBA  
16, Bd de la Liberté - Casablanca  
Tél : 05 22 51 47 17