

# 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

M22- 0046355

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7960 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SLIMANE SARAH  
Date de naissance : 17/05/1980  
Adresse :  
Tél. : 2357 Total des frais engagés : 357,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Dr Naïma Lhdili*  
Allergologie Générale  
Résidence Andaloussia Imm 28  
Appt N° 1 Cité Plateau - Casablanca  
Tél : 0522 25 55 48  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 10/08/2023  
Nom et prénom du malade : Sabah Slimane Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Casablanca Le : 10/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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                                                              |
| 10-08-2023                     |                   | C                     | 300,00                          | Dr. Naïma Lhdili<br>Allergologie Générale<br>Résidence Aïdaïoussia Imm 28<br>Apt N° 1 Cité Plateau - Casablanca<br>05 55 48 |

10-08-2023 C 300 Vo Lhdili  
Dr. Naïma Lhdili  
Allergologie Générale  
Résidence Andaloussia Imn 28  
Apt N° 1 Cité Plateau - Casablanca  
05 55 55 48

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 10/08/2023 | 69,80                 |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |

69,80

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

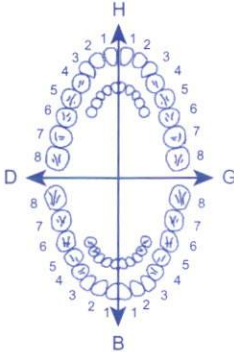
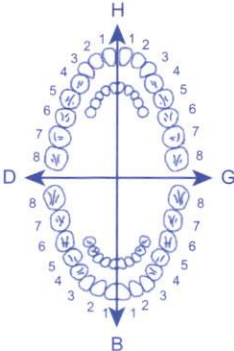
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>    |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                     |             | H                                                                                                            |                                                                                                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 21433552            |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000            |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | G                   |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000            |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11433553            |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>      |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>           |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                              |                                                                                                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" 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

LOT 221124  
EXP 12/23  
PPV 45DH80

122g  
0,1g  
100g

LOT: 0230  
PER: FEV 2026  
PPV: 12 DH 00

BETNEVAL 0,1%  
Crème, tube de 10g



G201007

10 ملغ  
15 قرصا ملبسا  
عن طريق الفم

طب الأسنان من ج.م.ك.ر.م

Casa Le 10-08-2023

M<sup>re</sup> Sabah. Ghannouch

12.00 x 2

Betneval

10pp x 25

0,122g  
0,1g  
p. 100g

nts.  
25°C.

LOT: 0195  
PER: AVR 2024  
PPV: 12 DH 00

BETNEVAL 0,1%  
Crème, tube de 10g



G201007

45,80  
Cetiriz

1cp le soir



Dr. Naïma Lhdili  
Allergologie Générale  
Résidence Andaloussia Imm 28  
App N° 1 Cité Plateau - Casablanca  
Tél: 0522 25 55 48