

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-828085

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL OUEBI SARA  
 Date de naissance : 08-01-1995  
 Adresse : Lot 4 imm les oliviers app 15 L'agropole de l'effa  
 Tél. : 0639869134 Total des frais engagés : 688,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

P.r Abdelhamid NAITLHO  
Professeur de Médecine interne (PES)  
HOPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED 6 Bousskoura  
INPE: 10110768

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Maitite + Myelite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
12/01/2024	CS		#300#	INP: [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Bois d'aménagement H.H 27 N°H Laymoune, Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000 ICE: 001551566000078 INPE: 092071976	12/01/2024	388,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

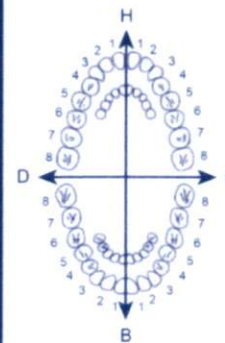
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

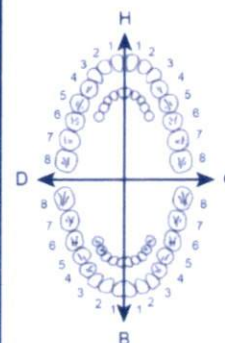
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 12/02/24

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - 05 22 93 87 15  
ICE: 00155156600078 - IF: 40155060

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H.H 27 N°H  
Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000  
ICE: 00155156600078  
INPE: 092071976

El ouerbi Sere

CE. 20 x 4



- Isordone 5 mg en 1 seule prise le matin  
3 cp + 1/2 cp / 5 pds soit 17,5 mg / 5

puis 3 cp / 5 pds 10 j soit 15 mg / 5

puis 2 cp + 1/2 cp / 5 pds soit 12,5 mg / 5

puis 2 cp / 5 soit 10 mg / 5 à

maintenir jusqu'au prochain  
RDV

107.70 x 2



- Coart D3

1 cp / 5

ATT 3 mois

28.40 x 3

- Kalieff  
Acpt 1.5



9th 3 mois

3 88, 60

P.r Abdelhamid NAITLHO  
Professeur de Medecine Interne (PES)  
HOPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED 6 Bouskoura  
INPE: 10110768

→ x 2 ced

6 118001 040049  
Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 3B - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107DH70

PHARMACIE TILILA  
Vois d'aménagement 111 27 N°H  
Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000  
ICE: 001551566000078  
INPE: 092071976

PPU 28DH40  
EXP 09/2027  
LOT 35024 6

KALIEFF

PPV 28DH40  
EXP 09/2026  
LOT 28015 3

KALIEFF

PPU 28DH40  
EXP 01/2027  
LOT 32036 3



Isolone® 5 mg  
Prednisolone  
30 comprimés

x 4 ced

LOT 220342

EXP 02 2027

PPV 22 00





Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2401120840273130 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400287656	EL OUERDI SARA	12/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3578	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : LAARABI

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400287656

## F A C T U R E

N° 2.270 / 2024 du 12/01/2024

Nom patient : EL OUERDI SARA

Entrée 12/01/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de medecine INTERNE	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Exploration Adulte  
090063728