

## 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

N° W21-811749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 95724 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ATTA KHALIL  
 Date de naissance : 19/03/68  
 Adresse : H. 23, rue de la Liberté  
 Tél. : 0661 699699 Total des frais engagés : 418 + 499,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSANI Reda  
Spécialiste ORL-Chirurgie  
Cervico Faciale  
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins  
Qods Californie, Apt 14 4th Floor  
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 74

Date de consultation : 14/02/2024  
 Nom et prénom du malade : DOUCHE HIND  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFFECTION ORL  
 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 : 26/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

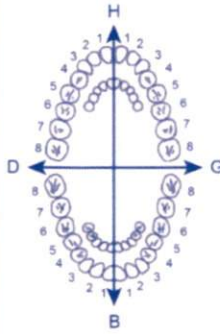
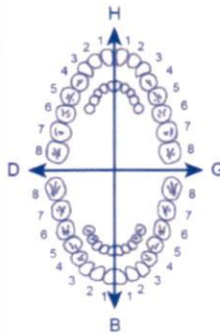


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/02/2024	AL		G	INP: 077564848 Dentiste ORL-Chirurgie Cervico-Faciale 511, Bd Al Qods Rés. les Jardins Qods Californie, Appt 14 Ain Chouf Casablanca - Tél.: 05 22 45 63 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY RAJA Hicham ABOLTIKA Docteur en Pharmacie 25 rue Av des Eléments de Casablanca Casablanca - Tél.: 05 22 45 63 33	10/02/24	418,00
PHARMACIE RESIDENCE ANNA Siham GUERRAOU 05 22 45 63 33	14/02/2024	1.195,2

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	

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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] 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								

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض وجراحة الأذن الأنف والحجرة  
جراحة العنق والوجه  
الكبار

## Ordonnance Médicale

Casablanca le : 14/02/2024

MME DOUCHE HIND

• Tanakan 40 mg

1 Comprimé, matin, soir, pendant 3 mois

• Relaxium 375 mg

1 Comprimé, soir, pendant 1 mois

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste ORL-Chirurgie  
Cervico Faciale

511, Bd Al Qods Rés. les Jardins  
Qods Californie, Appt 14 Ain Chok

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM

Siham G. FERRAOUI

Docteur en Pharmacie

4, Résidence Annaïm - Oulfa

Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

LOT: 230796  
DLUD: 09/2026  
99,00DH

511. شارع القدس، إمامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء (إمام محطة باص واي حي شريفة)

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifa - Aïn Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifa)

Tél : 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.ort.hassani@gmail.com

Le 10/02/24

Mme Hind Douche

48/40

Clariscan 15 ml



**RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 00161400600058  
111, Bd Anoual  
06 33 06 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**PHARMACIE HAY RAJA**  
Hicham ABOUTIKA  
Dorteur en Pharmacie  
25 bis Av des Pleiades Bd Anoual  
Hay Raja - Hermitane  
Casablanca Tél: 05 22 86 05 25



Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Lire la notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit, le numéro du lot et la dose administrée dans le dossier du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh,  
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/

GE Healthcare



**Clariscan™**  
acide gadotérique

**0.5** mmol/mL

**Solution injectable**

**1 x 15 mL**

**Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse**

Titulaire/Exploitant:  
GE Healthcare AS  
Nycoveien 1  
0485 Oslo, Norvège

**Clariscan™ 0.5 mmol/mL**  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg d'acide gadotérique, équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg d'acide gadotérique (sous forme de sel de méglimine), équivalent à 7,5 mmol.

Excipients : Méglimine, tetraxetan (DOTA), eau P.P.I.



7 037960 644169

EXP: 10-2024  
Lot n°: 16164035

1199457 MAR

**PPV  
418.00DH**