

## 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

197347 N° W21-805745

10350

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : elhach Abdelhak

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : .....

Tél. : 0666 565562 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : EL HACH Abdelhak Age: .....

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

Nature de la maladie : Dépression nerveuse récurrente

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-805745

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

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
24/2/24	C1	1	150,00	INP : 091086617 Dr. HASSER BENI Médecine Extrait

Dr. ~~Alain~~ ~~BEN~~  
Medecine ~~au~~  
Expert Assementé près les tribunaux  
Tél 05 22 28 88 16 - 05 22 25 33 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Gsm. 06 63 08 00 33 Montant de la Facture
	26/02/24	

**صيدلية دار الإداة**  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
822  
May 100 St Zineb  
Tél : 661 12 50 / Ain Choc

[illegible][illegible]

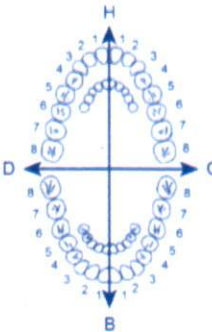
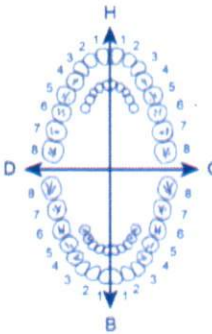
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 CCEFFICIENT 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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

FIN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV: [redacted] 13,10  
PER: 10/26  
LOT: M3689

PPV: [redacted] 13,10  
PER: 10/26  
LOT: M3689

PPV: [redacted] 13,10  
PER: 10/26  
LOT: M3689

PPV: [redacted] 13,10  
PER: 10/26  
LOT: M3689



Bd Alkhalifa  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 224,00 DH

5 118001 184989

Maphar  
Bd Alkhalifa N° 6, Qi  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH

5 118001 184989

LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

anca, le 24/02/24 : الدار البيضاء، في

22h  
2h  
Seroplex  
EL HANI Abdelhak  
P.P.V : 21DH30

cp; with aqurav  
x02

33hod2  
ALprag, n=2

14/; mir ar due  
Th. 0x4  
Dolipraw 1000 (cp)

2x3x2cp x 2/  
Rinomicine  
1. Sachet x 2/

826، شارع محمد السادس [طريق مديونة - سابقا] - الدار البيضاء

826, Bd. Med VI (ex Route Mediouna) - Casablanca

GSM : 06 63 08 00 33 - Tél : C : 05 22 28 88 16 - D : 05 22 25 33 94 - E-mail : bennissasser5@gmail.com

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026

RELAXANT  
PRIX: 59,00  
LOT: 2306/3  
DLUO: 08/2026

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026



99. Relaxium 375

18h j vir après otiter

~~Dr. F. J. Bennis  
Expert Assomment  
Tél C: 05 22 28 88 18  
Gsm: 06 83 08 00 33~~

h9.6-2

D. Cune Forte 2de3

1 amp tous les 15 jours

صيدلية دار الإبراهيم  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Dr. IDRISSI Zineb  
May Al Ou ra N° 161 Ain Choc.  
Tél 05 22 50 32 33

T: 82h

صيدلية دار الإبراهيم  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Dr. IDRISSI Zineb  
May Al Ou ra N° 161 Ain Choc.  
Tél 05 22 50 32 33

~~Dr. F. J. Bennis  
Expert Assomment  
Tél C: 05 22 28 88 18  
Gsm: 06 83 08 00 33~~