

## 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

- 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'Horlog  
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° W19-451230

ND° = 18077

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAIT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSIO Saïd

Date de naissance : 16/08/1965

Adresse : 529 lot Hay' bath N°3 case

Tél. : 0661556363 Total des frais engagés : 415,3 DH

Dr NOUNA M'hamed

Cadre réservé au Médecin PEDIATRE

82, Av. Aba Chouaib Doukkali  
Ain Chifa II Casa 20550  
Tel: 0522.85.10.58

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.01.20

Nom et prénom du malade : RASSIO Saïd

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

Nature de la maladie : Rhume Pharyngite et conjonctivite

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 : 16.01.2020

Signature de l'adhérent(e) :

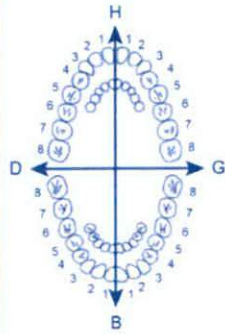
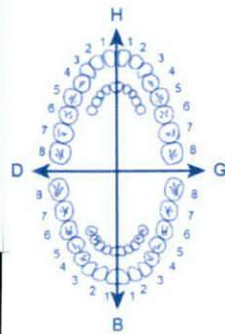


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 14/12/2025                     | CS                | 1                     | 250                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
| [Signature]                            | 14/12/2025 | 16730                 |

| 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 :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|    |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   |  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  | H                       |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |  |
|   | H  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | 25533412   | 21433552         |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | D  | G                |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | 35533411   | 11433553         |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | B  |                  |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  | 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   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |  |

**Docteur NOUNA M'hamed**

**Pédiatre**

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

**الدكتور نونا امحمد**

خريج كلية الطب بآميان

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو ( الضيقة )

أمراض الحساسية

Casablanca, le 14/01/2020 البيضاء في

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : 78,60 Poids : 6,300 Kg age : Age : 2 mois et 22 jours

1) JOSACINE 250 mg/5 ml Glé susp buv FI/60ml+pipette

Donner 1 dose poids de 6 Kilos le matin et le soir, pendant 8 jours

2) EXOCINE 0,3 % Collyre FI/5ml

Prendre 1 goutte 6 fois par jour, pendant 6 jours

3) PIVALONE 1% Susp nas FI doseur/10ml

Faire 2 pulvérisations le matin et le soir, pendant 15 jours

4) BUTOVENT SUSP BUV FL 150ML

Prendre 1/2 cuillère mesure le matin et le soir, pendant 8 jours

1 boîte

LOT: M0201  
EXP: SEP 2022  
PPV: 78,60 DH

**Butovent® 0,04%**

Salbutamol



LOT:

PER:

PPV:

Lot n°:

Fab :

EXP :

**Dr NOUNA M'hamed**  
**PEDIATRE**  
82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
Ain Chifa II Casa 20550  
Tel: 0522.85.10.58