

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse :

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 ALQ :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008740

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074

Société : RAM

58859

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Bensari Abdelhakim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° M20-08740

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 :



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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Ministère de l'Économie  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° P19- 0041030

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSARI Abdel Hakem

Date de naissance : 22/03/1950

Adresse : 6, Rue F. Cile, Nessim, Rd d'Azemmouj

CASABLANCA

Tél. : 0663.63.64.65 Total des frais engagés : 695,60.00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUATTA BENSARI Latifa  
Rhumatologue - Osteopathe  
283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 57

Date de consultation : 08/12/2020

Nom et prénom du malade : BENSARI Abdel Hakem Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/12/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
08/12/2020	Ca		30,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARABI Bd, Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-36-54-38	08-12-2020	395,60014

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

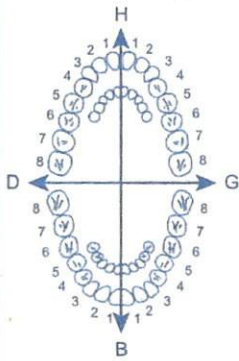
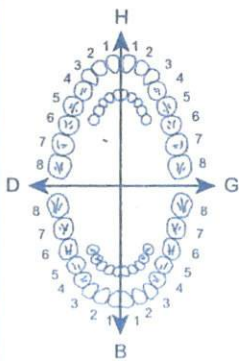
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				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] 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

**Dr: Latifa BOUTAIB BEN SARI**  
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)  
Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca



الدركتورة لطيفة بوتيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)  
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Casablanca, le 08/12/2020 الدار البيضاء، في

## ORDONNANCE

Monseem BENSARI Abdelhakim

79,70 AZIK 100  
x2 1 cp 2x1j



14,30 Rhinofebral  
x2 2 gélules 2x1j



30,00 Rhinadriol spray  
x2 1 ca 5 3x1j

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél : 022-39-54-38



14,00 Dolibree 1g  
1 cp 3x1j



51,50 Pantoprazole 67 10  
x 2 1 yll



15,30 Vita C  
x 2 1 yll 6 mg Cur



395,60

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tel: 022-30-04-38

Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd. Méd. Zerktouni - Casablanca  
Tel: 05 22 39 99 57

١٠٠٠ ١٠٠٠

١٠٠٠ ١٠٠٠

tenir hors de la portée des enfants

1000

١٠٠٠

(فيتامين سي)

10 أقراص فائرة



1000

١٠٠٠

(فيتامين سي)

10 أقراص فائرة



Vita C 1000

Vita C 1000®

PPV 15DH30

EXP 01/2023

LOT 90069 3

PPV 15DH30

EXP 01/2023

LOT 90069 3



# بانطوبرازول ج ت 20 ملغ

عن طريق الفم  
10 أقراص مغلفة تغليفاً معويًا  
من فئة 20 ملغ



# بانطوبرازول ج ت 20 ملغ

عن طريق الفم  
10 أقراص مغلفة تغليفاً معويًا  
من فئة 20 ملغ



51,50



51,50



**Rhinathiol®**

carbocistéine

30,00

**DI**

30,00

**Rhinathiol®**

carbocistéine

125 ml



# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 11/22

LOT: I2648

# رينو فيبرال

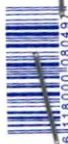
كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

**RHINOFEBRAL®**

20 GÉLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118 000 080497

علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع الألم الرأس و/أو حمى

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

**RHINOFEBRAL®**

20 GÉLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118 000 080497

علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع الألم الرأس و/أو حمى

LOT : 190264

UT AV: 02/2022

PPV: 14,30 DH

PPV (DH): LOT N°: UT AV:

756.836.12.17

LOT: 180175

UT AV: 06/2021

PPV : 14,30 DH

PPV (DH): LOT N°:

756.836.12.17



# AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale®

79,70  
PPV 79DH70  
PER 09/22  
LOT 12150



# AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

79,70  
PPV 79DH70  
PER 09/22  
LOT 12150

