

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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](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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 052876

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/1962

Adresse : Rue de Rome 57 Residence Walili (C) quartier

des hôpitaux Casablanca

Tél : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade : MAZIANE KHADJA

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

Nature de la maladie : Affection

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 : 07/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Dr BALOU BENNANI  
Médecine Générale  
132, Bd Hassan II - Berrechid  
Tél: 0522 33 75 55  
ICE: 001748995000033  
MUPRAS  
3 AVR. 2021  
RECUEIL  
Dr BALOU BENNANI  
Médecine Générale  
132, Bd Hassan II - Berrechid  
Tél: 0522 33 75 55  
ICE: 001748995000033

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)

# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 07-04-2021      |                   | 16                    |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 07/04/2021 | 494 DH                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

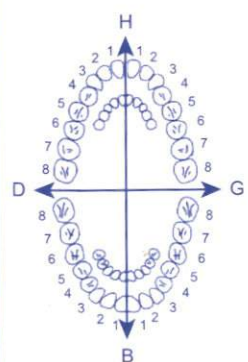
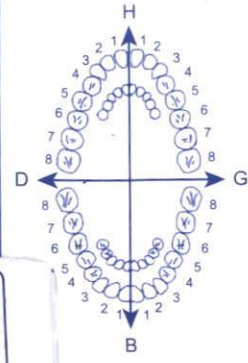
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nature des Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                             | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table> <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 |  |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 25533412                                                                              | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| D                                                                                     | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| 35533411                                                                              | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
| B                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                                                                                                                                                                                       |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. BALOUL BENNANI Nouzha

Médecine Générale

Echographie

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Timgad

132, Bd. Hassan II - Berrechid

Tél. : 05 22 33 75 55

Sur rendez-vous



الدكتورة بلول بناني نزهة

الطب العام

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بتميشوار

132، شارع الحسن الثاني - برشيد

الهاتف : 05 22 33 75 55

بالموعد

Berrechid, le

07-04-2021

MAZIANE Khedifa

222,00

Augmentin 625  
x3 f

Cotipred 20

48,50

3 cpl f

90,50

Xylo 750  
1 cpl f

96,00

Prozol  
gel x 2 f

37,00

Ultralevure  
gel x 3 f  
Bism

PHARMACIE EL BOULOUZ  
Dr. BOULOUZ Abdelkader  
Rue 65 Lot 7721  
Casablanca

Dr. BALOUL BENNANI  
Médecine Générale  
132, Bd. Hassan II - Berrechid  
Tél. : 05 22 33 75 55  
05 22 33 75 55

Lot / مجموعة:  
Fab / صنع:

535

10 2019

EXP. / صالح لغاية:

0 2022

BIOCODEX MAROC

PPV 37.00 DH

24580/07

PPV:48DH60

PER:11-22

LOT: 12617

PPV:96DH00

PER:03/22

LOT: 12107-P

poudre pour suspension



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 222,00 DH  
LOT: 644979  
PER: 12/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline