

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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](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 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)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 067565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMAKEN ABDERRAZZAK

Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT 121 HADJ FATEH X - EL OULFA

CASA BLANCA

Tél. : 0668170416 Total des frais engagés : 735,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : Mme Aline Chamsi Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète non traité

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 : CASA BLANCA

Le : 26/01/2022

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
10/01/22	c		8000	Dr. Cent...

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STÉPHANE HANCA	10/01/22	335,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

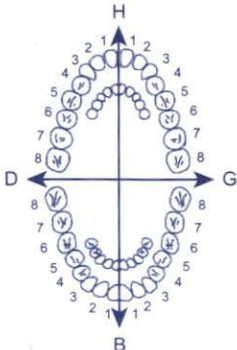
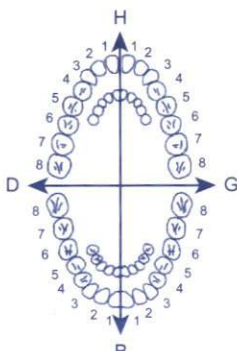
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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





Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal Mamou  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le 10.01.22

LOT: M0497  
PER: 07/2023  
PPV: 195, 20DH

LOT: M0593  
PER: 07/2023  
PPV: 139,50DH

## Nine Chords

① Zivlox 400mg

139,50  
195,20

400mg

۱۴۱۳

49,80

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V 49DR60

LOT 21E005  
PER: 02/2006

0 mg

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. 49DH60  
LOT 21E005  
PER: 02/2026  
1180001060062

③ Fusidic acid 250mg  
134, 50 x 2 —

④ Escac domo 1 gel. 1/2

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : [info@ciocasablanca.ma](mailto:info@ciocasablanca.ma)  
Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)

Ministère de l'AMM au Maroc - POLYMERIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Anville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDINE® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés

6 118001 200511  
PPV: 134 DH 50

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC  
Quartier Arsalane - Rue Amyot d'Anville  
CASABLANCA - MAROC  
FUCIDINE® 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boîte de 10 comprimés

  
6 118001 200511  
PPV : 134 DH 50

فوسيلدين<sup>®</sup> 250 مغ، فرص

**D'ARRIVÉE**

**HANZI**

**LANCIN**

Tel : 05 22 93 70 84  
Fax : 05 22 93 70 84

Centre de soins - assistance  
internationale pour le  
développement et la  
solidarité

M. M. M.