

# 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.

## 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.

## Maladie :

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 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- 072904

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 182 Société : 105632

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. MR. B. AH HAL

Date de naissance : 10/10/1982

Adresse : Salma II Bte 32 J M 28 N° 07 caser

0773156717

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/2022

Nom et prénom du malade : AMR B. AH HAL Age :

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

Nature de la maladie : N/A

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) :

| 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                                                                                                                                                                      |
| 23/02/2022                     |                   | 1                     |                                 |  <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; transform: rotate(-45deg);"> <p>Dr. Ahmed El-Dani<br/>Cardiologue<br/>05 22 29 16 72</p> </div> |

|   |                                                                                             |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| é | Cachet et signature attestante le Paiement                                                  |
|   | Docteur Ahmed BOUMELAL<br>Cardiologue<br>5 Bd D'Alger - Jemila V CO<br>(Tel) 05 22 29 18 72 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                                            |          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                                            | Date     | Montant de la Facture |
|  <p>PHARMACIE FADILA-CASABLANCA<br/>Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam<br/>226, Boulevard Al Joulane<br/>Saidia 2 - Casablanca<br/>Tél: 05 22 38 01 47</p> | 23/02/22 | 624,60                |

PHARMACE FADILA-CASABLANCA  
Mme FILALI GUENOUN Ibtissam  
226, Boulevard Al Joulane  
Sénia 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 38 01 47  
ICE: 002115854000092  
IN.PE: 092004506

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                          | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                     | H<br><table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D 00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> B |                     |             | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D 00000000 | G 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> |
|                                                                                                                          | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          | D 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | G 00000000          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                                                                                                         |          |          |          |            |            |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |

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 d

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA

Mme FILALI GUENOUN Ibtissam

226, Boulevard Al Joulane

Saline 21, Casablanca

Tél: 05 22 38 01 47

ICE : 002115854000092

I.N.P.E : 092004506



Casa, Le: 23.02.2022

Mr. AMAL RACHID

1) ANGLOR 5mg (7)



43,100 x 7 = 301,700

Mr



3,1130 x 6 = 18,6780

2) Zylotic 200mg (7)

Mr



210,80 x 5 = 1,054,00

3) Glucophage 500mg (5)

Mr



161,60 x 3 = 484,80

4) Dolostop 1000mg (3)

Mr

X of Mr

Dr. Ahmed BIDANI  
Cardiologue  
Tél: 05 22 29 18 72

624,160

LOT 211765  
EXP 07 2025  
PPV 31.30

LOT : 6271  
UT. AV : 12-23  
P.P.V : 10 DH 60

43,00  
PPV 43DH00  
PER 06/23  
LOT K1023

20,80

20,80

20,80

20,80

LOT 31.30  
EXP 04 2025  
PPV 31.30

PPV 43DH00  
PER 04/23  
LOT K1093

PPV: 43DH00  
PER: 09/23  
LOT: K2451

PPV: 43DH00  
PER: 10/23  
LOT: K2814

PPV: 43DH00  
PER: 09/23  
LOT: K2450

LOT 211765  
EXP 07 2025  
PPV 31.30

LOT : 3322  
PER : 09-23  
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 6607  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 10 DH 60

20,80

LOT 210518  
EXP 03 2025  
PPV 31,30 31.30

43,00

LOT 211335  
EXP 05 2025  
PPV 31.30

LOT 211108  
EXP 04 2025  
PPV 31,30 31.30

PPV:43DH00  
PER:10/23  
LOT:K2814