

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

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

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des pers
à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22



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

Déclaration de Maladie

N° W21-650214

106097

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13426 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Benimid Abdelhak
 Date de naissance : 31/01/1991
 Adresse : Paroisse B.M. Imc, 11/21 Casa
 Tél. : 0613 643717 Total des frais engagés : 324,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25 FEB 2022
 Nom et prénom du malade : BENIMID RAZANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Vaccin
 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 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 25/02/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VISA ET CACHET DU

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
21.2.22	C	270 DH		INP : 091022244 Dr. EL BOURY Chadia Pédiatre 284, Avenue 24, Chassekhat Omar El Khayam 2ème Etage Rue de la Liberté, ANCA Rég. 13-30-GSM. 07 7 24 75 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.02.22	24.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>																				
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre - Cardiologie Pédiatrique
Néonatalogie et Asthme de l'Enfant
Echographie Cardiaque



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض القلب والربو عند الطفل و الرضيع
الفحص بالصدى

Casablanca, le.....

25.02.2022

Nourrisson BENHMID Razane

Age : 9 mois 7 jours

Poids : 7,57 Kg

74.80

ENGRIX B 10 µg/0,5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0,5

Dr. EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam
Rég. Méd. Maroc - 3ème Etage
Rég. Méd. Algérie - 3ème Etage
Tél: 05 22 95 11 38 - Fax: 06 71 24 76 77



Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription
Keep out of the sight and reach of children

Lire la notice avant utilisation • Médicament soumis à prescription médicale
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Medicamento sujeto a
prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium

©2016 GSK group of companies
Engerix is a trade mark of the
GSK group of companies

480780

13

rdNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

1 dose/dosis (0,5 ml)

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Suspension for injection:
intramuscular use
Suspension injectable:
voie intramusculaire
Suspension injectable:
via intramuscular



Engerix-B 10TM

Engerix-B 10TM



Engerix-B 10TM

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Inj./Inyec.: I.M.

1 dose/dosis (0,5 ml) contains/contient/contiene:
HBsAg 10 µg

Protect from light
Do not freeze
Shake before use

Protéger de la lumière
Ne pas congeler
Agiter avant emploi

Proteger de la luz
No congelar
Agitar antes de usar

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

42x24x133
A2

LOT/MFD/EXP:



Suspension for injection:
intramuscular use
Suspension injectable:
voie intramusculaire
Suspensión inyectable:
via intramuscular

ID:646669

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Acouda
Région de Rabat
PPV:74,80 DH



10

ant /

1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

rdNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

AHBVC950AL
05-2020
04-2023

