

## 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.

#### Pathologie 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 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

114873

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016825

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05267 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEHNAWI Naima Date de naissance : 20/01/1976

Adresse : 12e clôt Sigl n°1 Résidence Taghant 20

Tél. : 069 296 93 53 Total des frais engagés : 837,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/04/22

Nom et prénom du malade : SEHNAWI Naima Age :

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

Nature de la maladie : HTA - infection urinaire - infection staphylococcique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

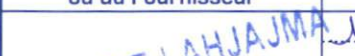
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 15/04/22

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

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 15.04.22 | 627,10                |

[illegible]

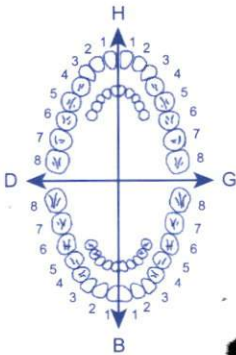
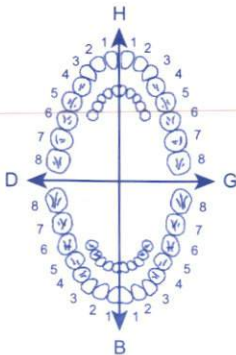
| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                   |        |    |    |                                    |
|--|-------------------|--------|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|  |                   | AM     | PC | IM |                                    |
|  | 15.4.22           |        |    | 6  | 60,00                              |
|  |                   |        |    |    |                                    |
|  |                   |        |    |    |                                    |
|  |                   |        |    |    |                                    |

## 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 de

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |  |                     |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
|   | H  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                   |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)   |                     |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>       |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelouahed EL HAITE

Médecine Générale Et D'urgence

Echographie

Electrocardiogramme - Circoncision

Oxygène Médical

الدكتور عبد الواحد الحيطي

الطب العام والمستعجلات

الفحص بالصدى

التخطيط القلبي - الختانة

الأوكسجين الطبي

Casablanca, le 15.04.22 في الدار البيضاء.

Sehanni Naima

(97,60) cirasline 1g

(153,60) co-verpan 300mg

(116,40) Floxam 500 2g/1g

(119,80) lorcet 10 1g

(27,70) Cardio aspirin 100 1g

(112,40) Gentamycin 100 1g

= 627,10

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZENAGHAMA  
Avenue du Prare, Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67

En Cas d'urgence : 06 69 83 19 01 : في حالة مستعجلة

PPV 97DH60  
PER 12/22  
LOT K3015-2

15360

PPV 116DH40 LOT 190222  
EXP 10/2023

FLOXAM®

PPV: 119DH80  
PER: 12/24  
LOT: K3475

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



LOT 428

EXP 10/23

PPV 112DH00

Dr. Abdelouahed EL HAITE  
Médecine Générale Et D'urgence  
Casablanca

**Dr. Abdelouahed EL HAITÉ**  
Médecine Générale Et D'urgence  
Echographie  
Electrocardiogramme - Circoncision  
Oxygène Médical

الدكتور عبد الواحد الحيطي  
الطب العام والمستعجلات  
الفحص بالصدى  
التخطيط القلبي\_الختانة  
الأوكسجين الطبي

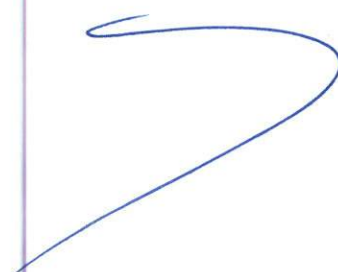
Casablanca, le 15-4-22 في الدار البيضاء.

Note d'honneur

Selmani Naima

6 IN à 60,0

surant de



**Dr. Abdelouahed EL HAITÉ**  
Médecine Générale Et D'urgence  
Echographie - Circoncision  
Oxygène Médical  
Casablanca

في حالة مستعجلة : 06 69 83 19 01 En Cas d'urgence

مديوني - لهرأوين الدار البيضاء (قرب الصورة الأبيض) - Mediouni I - Lahraouiye Casablanca