

## 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 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

- Reclamation : [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)

La 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° W21-769746

139653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Jacinthes 3 Apt 6 Bm S. Elja  
Bd Riad Mohammed

Tél. : 0613236095 Total des frais engagés : 452 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHOUKH Oussama Age : 32

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

Nature de la maladie :

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 : Mohammed Le : 01/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
01/10/2022	9		<p>Dr. SEDRA Mohamed</p> <p>P.C.D.I.A. Mohamed</p> <p>15, Avenue des F.A.C. - R.C.</p> <p>Urgence : 06.31.44.32.71</p> <p>C : 029.31.06.08</p>	<p>INP : 0911264910</p> <p><i>[Signature]</i></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01 <u>11</u> 2022	2021,30 2021,30

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

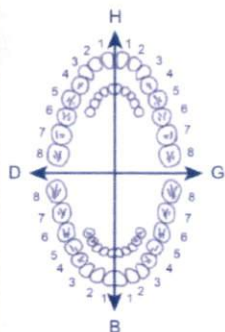
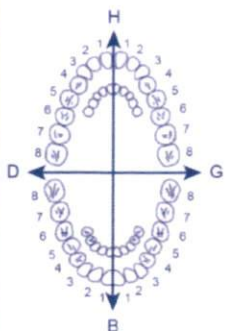
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input 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 Mohamed SEDIRA

PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourrisson - Enfant

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R

1er étage App. N° 4 - Mohammedia

Tél : C. 05 23 31 06 08

Urgences : 06 63 44 32 71

الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15 شارع الجيش الملكي

الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية

العيادة : 05 23 31 06 08

المستعجلات : 06 63 44 32 71



Mohammedia, le

01 Nov. 2022

KHOUKHA P nom.

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUINJANT MOHAMED  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
WARDIA II BD HASSAN II MOHAMEDIA  
Tél : 05 23 32 01 10

16.30

15

1

32.60

15

LAGR  
EL  
DOCT

20.40

15

3

63.00

15

Debtor

15

Lait :

Enfant plus 1er âge

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUINJANT MOHAMED  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
WARDIA II BD HASSAN II MOHAMEDIA  
Tél : 05 23 32 01 10

Un bébé 150g

15

Dr Mohamed SEDIRA  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R Mohammedia  
Urgences : 06 63 44 32 71  
Tél : 05 23 31 06 08



80.00

6-Azix shop  
do sr (325)

Dr SEDIRA Mohammed  
Pédicure  
15. Av des FAR 1er Etage  
Appt 4 - Mohammadia  
TEL: 0523310605 / INPE: 091126440

T8 202.30

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUEQUATRI SAMIRA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
MAR. II ED HUSM MOHAMMEDIA  
13-05-2020 10

Maphar  
Bd Akimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal 140g  
P.P.V : 53,00 DH  
6 118001 180745

LOT : /Date de fab : /EXP :  
MAB5100  
02-2022  
01-2025



INALER® 2 mg/ml  
Solution buvable  
Flacon de 100 ml  
6 118000 070542

16,30

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :  
3460

MUXOL®  
Ambroxol  
Solution buvable - 250 ml  
6 118000 080572

PPV 20DH40  
PER 03/24  
LOT L2021

Dolifen®  
Ibuprofène 20 mg/ml  
6 118000 042242

PPV: 80DH00  
PER: 07/25  
LOT: L2468