

## 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 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
- 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-769754

139651

☒ 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 Opérites 3 Appt 6 Im S  
 Ets 1 Bd Riad Mohammedia  
 Tél. : 0613226095 Total des frais engagés : 544,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 01/11/22  
 Nom et prénom du malade : M. ZARI NARMAN Age : 30 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : inf. resp  
 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 : Mohammédia

Le : 01/11/2022

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

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
01/11/22	C	1	1590	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Docteur BENNANI Saïd MEDECINE GENERALE Quartier Essada I Bd. Chorafa N°18 EL ALIA Mohammadia Tél: 78 10 06

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE EL QUEOUA Tél: 05 23 32 01 10	01/11/22	3946

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

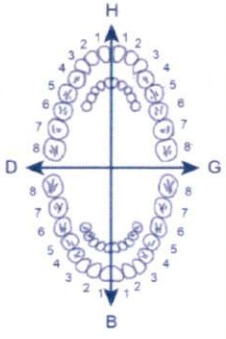
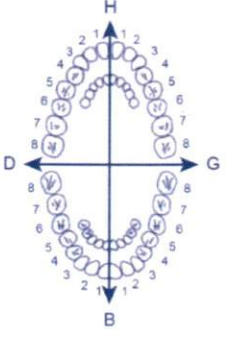
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		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

# Docteur **BENNANI Saïd**

Médecine Générale  
Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier  
Visite médicale pour Permis de Conduire  
Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa  
N° 18 - El Alia - Mohammedia  
Tél.: 05 23 28 10 06  
Urgences: 0661 52 40 53



# الدكتور بناني سعيد

الطب العام  
الفحص بالصدى  
بكلية الطب بمونبولي  
الفحص الطبي لرخطة السياقة  
خبير محلف لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء  
رقم 18 العالية - المحمدية  
الهاتف: 05 23 28 10 06  
المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: 21/11/22 في المحمدية

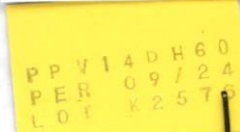


Lot: K2217  
Fab: 07/22 Per: 07/25

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V.: 48,70



Lot/Batch: 1PV1C  
Fab./mg.: 10/2021  
EXP: 09/2024



LA GRANDE PHARMACIE  
EL QUOUATRI CAMERA  
COUTIER EN PHARMACIE  
WARDA II BD HASSAN II MOHAMMEDIA  
Tél: 05 23 32 21 10

M. ZAÏR TARIAN  
160,00 (SV)  
Eclair 500  
48,70 (SV)  
Solupred 20 mg  
14,60 (SV)  
Doliprane 1000  
769,00 (SV)  
Doliprane 1000  
15,30 (SV)  
87,00  
BENANNI Saïd  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Essaâda 1 - Bd. Chorafa  
N° 18 - El Alia - Mohammedia  
Tél: 05 23 28 10 06

**Vita C1000®**

PPU 15DH30  
EXP 05/2025  
LOT 22034 29

**Vita C1000®** ☒  
10 Comprimés effervescents



6 118000 032069