

## 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](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° W21-761388

2319

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SP28 Société : MUSTAPHA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIBLAT

Date de naissance : 01.02.1951

Adresse : 06.72.71.59.36

Tél. : 06.72.71.59.36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/22

Nom et prénom du malade : BIBLAT NAÏMA

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 : Casablanca Le : 21/12/2022

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

MUPRAS  
26 DEC. 2022  
ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : 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
21/12/22	1		200,00	INP : 091076109

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
21-12-22	506,25
22-12-22	41,90

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></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></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	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 Rachida HOUMID BENNANI

Docteur en médecine



الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتورة في الطب

Casablanca, le: 21-12-22

- متقدمة الممارسات
- حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
- حائزة على دبلوم الطب الرياضي
- حائزة على دبلوم التغذية والحمية
- التغذية الوظيفية
- حائزة على دبلوم داء السكري
- أمراض الأيض - السمنة
- الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج
- مراقبة الحمل
- كسبية ممتدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الطبي خاص بخصة السياقة

BIBLAT Naima

170.00  
- opixen 20  
1 cp x 2

36.40  
- Reguel 20  
3 cp

99.00  
- Relaxin 3  
1 gel

28.80 x 3  
- Vitame a  
1 cp x 3

37.00  
- Relaxin 3  
1 cp x 3

77.45  
- Phyx  
1 cp x 3

ن. بلوك 208 - رقم 85 - الحي الحسني  
البيضاء - الهاتف: 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, BIOC 2001, 2002  
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81  
Email : bennanihoumid.rachida@gmail.com

LOT 220708  
EXP 03/24  
PPV 170.00 DH

LOT : 2323  
PER : 11-25  
P.P.V : 36 DH 40

LOT: 220482  
DLUO: 06/2025  
99,00 DH

PPV  
LOT  
PER 28,80

PPV  
LOT  
PER 28,80

PPV 28,80  
LOT  
PER

BUOXOL 500mg/2mg  
Boite de 20 comprimés  
عليه 20 قرصا

506,25



**PHARMACIE NAIMA**  
124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria  
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



**DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI**  
Docteur en pharmacie  
université de MONTPELLIER  
FRANCE

R.C : 171496  
T.V.A :  
Banque:  
Tél : 022.9031.00

Patente: 35003900  
C.N.S.S: 1044081

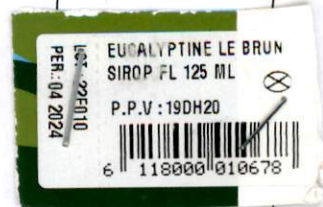
Le 22/12/2022

**FACTURE N°572408**

**Pharmacie NAIMA**  
ICE: 001596576000024

**MR BIBLAT MUSTAPHA**

Désignation	Quantité	PPM	Total
EUCALYPTINE SIROP	1	19,20	19,20
PECTRYL SIROP	1	22,70	22,70
<b>Total =</b>			<b>41,90</b>



PPV 22DH70 EXP 08/2025  
LOT 25009 4

**PECTRYL®**  
SIROP EXpectorant  
EXpectorant SYRUP  
**150 ml**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Un Dirhams et 90 centimes.