

## 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-778653

245581

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959

Adresse : Residence LAMARINE n° 14946000

14946000 CASABLANCA

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور الحريشي رشيد  
DR HRICHI Rachid  
Médecine Générale  
295 Av. Oued Tadj  
CASA TEL 05 66 80 66  
WIRE 091076893

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUTIBA CAMILIA Age : 2 ans

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

Nature de la maladie : Dermatoses

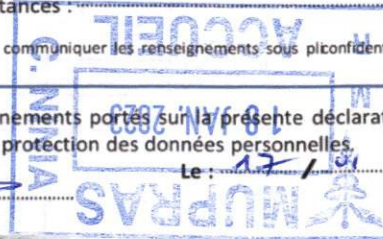
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 12 / 01 / 23

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 attestant le Paiement
17/01/23	Consultation	1	200,00	<p>Dr HRICHI R.</p> <p>Médecine Générale</p> <p>295 Av. Qued Tarsiff C. 06 66 80 80 80</p> <p>Casa Ta INPE 091076893</p>
22/01/23	Consultation	1	9,10	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE H.H. HASSANI</p> <p>Voie d'Aménagement H.H. 47 N°4</p> <p>Tel: 05 52 93 86 14 - Fax: 05 22 93 87 15</p> <p>ICE: 001501560000078 - IF: 40153060</p>	17/01/23	322,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

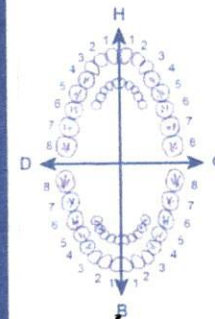
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

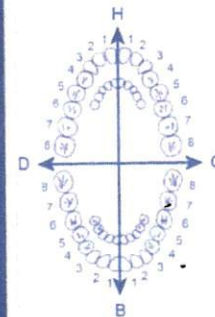
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 HRICHI Rachid**

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد  
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف 0666 80 76 66

Casablanca, le : 17/01/2023 : في : الدار البيضاء،

97,50 Ciclevinol 200

(S.V)

2cp 1 2/

63,20 Zytex

(S.V)

1cp 1/

70,90 Profenidias

(S.V)

1cp 1/

14,002 Doliprane

(S.V)

322,80

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H. 47 N°H  
Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 001561566000078 - IF: 40155060

**200 mg**

LOT 210070

EXP 11/24

PPV 97DH50

63,20

63,20

OT: 22E007  
CP: 02 2025

CP PEL 830

P.P.V.: 70DH90

6 118000 060802

PPV: 14DH00

PER: 01/25

LOT: L367

PPV: 14DH00

PER: 05/25

LOT: L1929

دكتور الحريشي رشيد

**Dr. HRICHI Rachid**

Médecine Générale

295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa

Casa Tél: 06 66 80 66

INPE 091076893



Service des Affaires Etudiantes

جهة الشؤون الطلابية

## Certificat de Sclarité

Le Doyen de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca atteste que

l'étudiante **BOUTIBA CAMILIA**

Numéro de la carte d'identité nationale : BK650501

Code National de l'étudiante : R132832001

Née le 03/07/2001

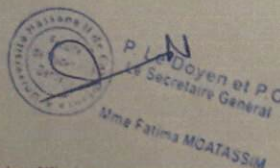
est régulièrement inscrite à la FACULTE DE MEDECINE DENTAIRE CASABLANCA

Pour l'année universitaire 2022/2023.

**Diplôme : Doctorat en Médecine Dentaire**

**Année : 4ème année**

Fait à Casablanca, le 16 septembre 2022



Le présent document n'est délivré qu'en un seul exemplaire.  
Il appartient à l'étudiant d'en faire des photocopies certifiées conformes.

ME BOUTIBA HASSAN  
N° 06272  
Retraite

ENSAZLMA, le 05/12/2022

Objet: Declaration sur l'honneur,

Je Soussigné ME BOUTIBA HASSAN, CIN N° B 232 264  
declare sur l'honneur que mes enfants :  
- BOUTIBA MOTTAMED né le 21/06/1999  
- BOUTIBA CAMILIA né le 03/07/2001  
Sont Célibataires et Scolarisés au titre de l'année  
Scolaire 2022-2023

Faite pour Servir ce que de droit.

Signé

HASSAN BOUTIBA

313  
l'Arrondissement Hay Hassani (02)  
Mon responsable du contenu de la pièce  
Vu pour la validité de la signature  
apposée  
BOUTIBA  
Reconnu par sa pièce d'identité présentée.



05 DEC 2022

Délégué  
ALBERT BARDOLLE