

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

- 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 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

M22- 0030030

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NEGZARI ABDELHAMID
 Date de naissance : 16/10/1952
 Adresse : 103, RUE ALI ABNERMAZAK, EL SA
 Tél : 0661973427 Total des frais engagés : 513,70 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2023
 Nom et prénom du malade : NEGZARI ABDELHAMID Age : 71 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : D. Psuchia
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : EL SAHABIA Le : 21/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Spécialiste des maladies cardiovasculaires
 M. Dr. Ahmed BENNI
 30 RUE ALI ABNERMAZAK - EL SA
 23 26



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
16/01/2023				

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Angle Bd. Bir Anzaron et Au Abderrahmane Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA	16/01/2023	513,70

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

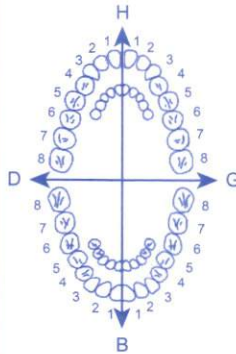
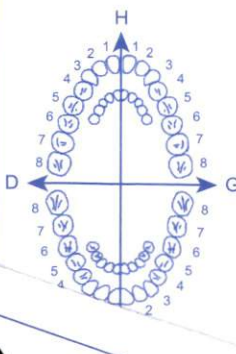
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

EN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

PPV: 222,00 DH
LOT: 647995
PER: 08/23

240191 0008 L 9



AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 Sachets

Casablanca le :

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
Angle Bd. Bir Anzarane et Abi Abderrazak
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

CASA , Le 16/01/2023

M. ABDELHAMID MEGZARI

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



PPV: 168,20 DH
LOT: 650129
PER: 07/24

222.00
168.20

1) AUGMENTIN Poudre Pour Suspension Buvable Sachet à 1 g/125 mg Bte 24 Sachet

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 10 jours

14.60

2) DOLIPRANE Comprime Secable à 1 g Bte 10 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas

26.90

3) VITAMINE C1000 20 CP EFPE

Prendre 1 comprimé le matin

30.00

4) PROSPAN SIROP FL 100ML

Prendre 1 dose le matin et le soir

52.00

5) VOLTARENE Suppositoire à 100 mg Bte 10 Suppositoire

Mettre 1 suppositoire le soir

513.70

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI 195 - MAARIF
CASABLANCA

Vita C1000®

PPV 26DH90

EXP 07/2025
LOT 28031 B

Vita C1000®
20 comprimés effervescents



6 118000 032076

AMM N° 02 DMP/21

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



6 118000 300052

Voltarène® 100 mg
10 suppositoires



6 118000 220169

LOT: M22018
EXP: FEV 2025
PPV: 52,00 DH

PPV: 14 DH 60
PER: 11/25
LOT: L3714

98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Près de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

