

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0055346

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8774 Société : RAN 162855  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAKIL Fouad  
Date de naissance : 08.05.1968  
Adresse : 59, Rue Rahal Ben Ahmed, R.N.  
Tél : 06 70 68 97 27 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 23/05/2023  
Nom et prénom du malade : EL HADI H. Age : 1970  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Casablanca Le : 30/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
23.05.2023			177,00	<i>Docteur DRIFT Hassan</i> Médecine Générale Médecine des Urgences S.S. P. Monard 14-1-édère Tél: 05 22 24 14 30

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL MASSIRA</i> 51, Rue Rahat Ben Ahmed Dr. M. BENMOUSSA Oufae Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44	23.05.23	4480
<i>PHARMACIE AL MASSIRA</i> 51, Rue Rahat Ben Ahmed Dr. M. BENMOUSSA Oufae Tél : 05 22 24 80 54 Fax : 05 22 24 85 44	23.05.23	261,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

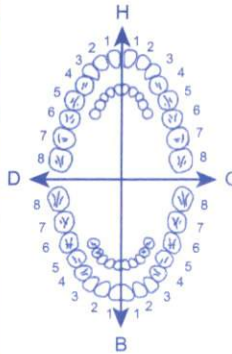
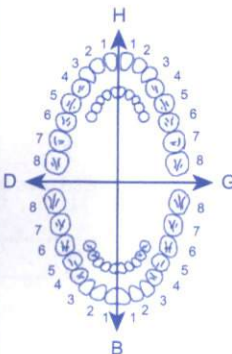
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <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></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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

**Docteur DRIFI Hassan**

Médecine Générale  
Médecine des Urgences  
Médecin Agrée pour la  
Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن  
الطب العام  
طب المستعجلات  
طبيب معتمد للفحص الطبي  
لرخصة السياقة

Casablanca, le : 23.05.2023

M. EL KHOTIRi ATAL

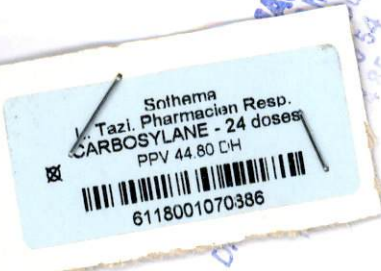
\* CARBOSYLAM

448

L x 37

\* Durgatorin

x 37



Docteur DRIFI Hassan  
Médecine Générale  
Médecine des Urgences  
625. Bv. Mohamed V Belvedere  
Tél. 05 22 24 14 90



**Docteur DRIFI Hassan**

Médecine Générale

Médecine des Urgences

Médecin Agréé pour la

Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن

الطب العام

طب المستعجلات

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

Casablanca, le : 29.05.2023

Mme EL KHAYATI Amaal

89.50 x 2

\* D<sub>3</sub> NOR 1/2

82.50 15 gH / 1/2 2ml

\* VINOXY 1/2

211

261.50

Docteur DRIFI Hassan  
Médecine Générale  
Médecine des Urgences

625

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Rahal Ben Ahmed  
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafae  
Tél : 05 22 24 80 54  
Fax : 05 22 24 85 44

شارع محمد الخامس، عمارة 625، رقم 23 (أمام جماعة الصخور السوداء). الهاتف : 05 22 24 14 90 : المحمول : 06 69 02 66 67

Bd Med V, Imm. 625, 3ème étage, Appt. N° 23 (en face la Commune Sokhor Assawda) - Tél. : 05 22 24 14 90 - GSM : 06 69 02 66 67

# D3 NORM<sup>®</sup>

200 UI

GOUTTES BUVABLES



Lot: 220644  
A consommer  
avant le: 09/2025  
PPC : 89,50 DH

# D3 NORM<sup>®</sup>

200 UI

GOUTTES BUVABLES



Lot: 230285  
A consommer  
avant le: 03/2026  
PPC : 89,50 DH

V VF73 0925 L  
LOT PER  
Prix 82.50

# VENOXYL GEL

- Menthyl
- Triethanolamine
- Benzophénone 4
- Cl 42090
- Cl 19140

## PROPRIETES :

**VENOXYL GEL**, grâce à l'originalité de ses actions synergiques, lutte efficacement contre :

- \* lourdeur et pesanteur des jambes
- \* Sensation de chaleur des jambes
- \* Mauvaise circulation

**VENOXYL GEL** par son action décongestionnante apporte aux jambes fatiguées une sensation immédiate de fraîcheur, hydrate et redonne élasticité à la peau.

## CONSEILS D'UTILISATION :

- \* Prendre une noix de **VENOXYL GEL** pour chaque jambe dans le creux de votre main
- \* Etaler **VENOXYL GEL** en remontant de la cheville à la cuisse jusqu'à absorption complète du produit
- \* Pour un meilleur résultat, il est recommandé d'appliquer **VENOXYL GEL** 2 fois par jour
- \* Convient à tous les types de peaux
- \* Ne tâche pas.

## PRECAUTION D'EMPLOI :

- \* Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 30 mois.

## PRESENTATION :

Tube de 40 ml

USAGE EXTERNE

LABORATOIRES



CARILENE

**LABORATOIRES CARILENE**

7, RUE du CHANT DES OISEAUX

78360 MONTESSON

FRANCE