

## 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

M22- 0023895

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 167502  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Ben Hamman Yelloulia  
Date de naissance :  
Adresse : 76 Rue Attarmidi Naarif extension  
Tél. : 0661122452 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. B. SERKAT  
Médecin  
Lot. Agoune Al Moustekbal  
Im. A 24 GH. 13 Appl. 1 - Casa

Date de consultation : 24/6/2023  
Nom et prénom du malade : BEN HAMMAN YELLOULIA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : diabète - hypertension - glaucome  
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 : ACCUEIL Le :  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/06/23	300,10

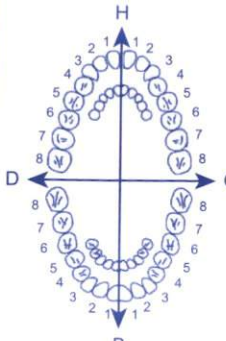
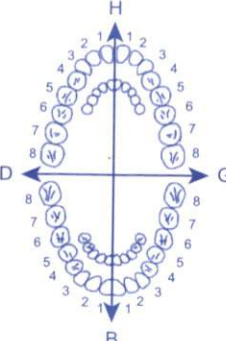
[illegible][illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Bouchra SEKKAT**

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)

والأمراض التناسلية - السيدا

اختصاصية في التنظير المهبلي وأمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 24/6/2023

BEN HAYOU YELLOULIA

30,13

Xenid Rr

1 flpo le soir x 10j

60,10

Volbarene

1 fl x 2j - 10j

55,10

Cicloviral

1 fl x 2j - 10j

90,10

Opatanol

2 gouttes /j x 1m

300,10

**Dr. B. SEKKAT**  
MAGASIN  
Lot. Adoune A. Moussekbal  
Imm. A24 GH13 Apt 1 - Casa



**CICLOVIRAL® 5%**  
Aciclovir

LOT: 224092

EXP: 05/25

PPV: 59DH10



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura

Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS

407253 MA



# Voltaire

Diclofénac Diéthylamine

*Emulgel Topique*

Anti-inflammatoire

Antalgique



Tube de 100 g



LOT : M0561  
EXP : 06 2024  
PPV : 60,00 DH





# xénid 100mg

diclofénac

LOT: 1279  
PER: 02/22  
PPV: 30.1.0.1.1.1

10 suppositoires

Laboratoires Biogalénique



# xénid 100mg

diclofénac

LOT: 1279  
PER: 02/22  
PPV: 30/10/2011

10 suppositoires

Laboratoires Biogalénique



# xénid 100mg

diclofénac

LOT: 1279  
PER: 02/22  
PPV: 30/10/2011

10 suppositoires

Laboratoires Biogalénique