

## 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

- Reclamation : 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

N° W21-801409

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12610 Société : CAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENHAMZA Samy Amine

Date de naissance : 26-03-86

Adresse : Harhoura

Tél. : 0661780076 Total des frais engagés : 677,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sidelkhter Mty Cherif  
Médecin Généraliste  
N° 28, 1er étage, Av. Méd Zarkouni  
Hay Nahda - Témara  
Tél.: 0537 60 79 64-GSM: 0668 43 38 21  
INRE: 101129757

Date de consultation : 24/05/2023

Nom et prénom du malade : BENHAMZA Samy Amine Age :

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

Nature de la maladie : Rhinite allergique et toux chronique

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 : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24/05/2023		2	150,00	INP : Dr. Sidelkifiter M. S. Chentouf Médecin Généraliste N° 28, 1er étage, Av. Méd. Zerkoun Hay Nahda - Femera Tél: 0537 60 79 64 GSM: 0668 43 38 21 INPE : 101123757

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/23	527,50

# 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

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sidelkhoury Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obésité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

LOT : 236001V  
PFR-02 2026

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونيولي (فرنسا)

Témara le 24/05/2023 تمارة في

Nom: B. CHENOUA

Prénom: Samy

Poids: 75 kg

Age: ..... Ans

T°: ..... C°

TA: .....

1) Celebrex 200 mg

53,10

2) Reloxol 500mg/2mg

49,10

3) Clarix 500 mg

169,10

4) Clarix 500 mg

99,70 x 2 = 199,40

5) Carbix 100 mg

527,50

102

Dr. Sidelkhoury My Cherif  
Médecin Généraliste  
N° 28, 1er étage, Av. Med Zarktouni  
Hay Nahda - Témara  
Tél: 0537 60 79 64 - GSM: 0668 43 38 21  
ICE: 001613243000095





® كوتبرد

بردنزلون  
(ميتاسلفونيزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا  
قابلا للكسير

**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme  
de métsulfobenzoate sodique)  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé  
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total  
quatre cents milligrammes de  
prednisolone (sous forme de  
métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,  
contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 12/25

LOT: L4234

b

bottu

62, Allée des Casseurs - Ain Seba - Casablanca  
S. Rachouh - Pharmacien Responsable

# CELEPHI® 100 mg

## Célécoxib

*1111* *APR 23*

20 Gélules

LOT: 011  
PER: NOV 2023  
PPV: 75 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

30 comprimés  
Voie orale

LOT: 14522003  
PER: 05/2027  
PPV: 99,70 DH

**LABIXTEN<sup>®</sup>**  
**20 MG** **Bilastine**



**FAES FARMA**

30 comprimés  
Voie orale

LOT: 14522003  
PER: 05/2027  
PPV: 99,70 DH

**LABIXTEN<sup>®</sup>**  
**20 MG** **Bilastine**



FAES FARMA