

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H  
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

M23-013828

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 682 Société : RAD.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LASKY Hamid. A 76394  
 Date de naissance : 13-11-1943 CASA  
 Adresse : 3 Rue ALASSEROUH IMMERAT 1er étage AP13  
 HAY ASSALAT (HAY HASSANI) CASABLANCA  
 Tél : 0572 0143 01 Total des frais engagés : 9076070 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**  
 Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
 Diplômé en Médecine du Sport de Rennes  
 Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
 Résidence El Mansour N° 12 Bd Ghandi - Casablanca  
 Tél.: 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : LASKY HAMID Age: 80 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète, Hypertension, Vascularisation  
 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 : 14 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
14 SEP. 2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LA SOURCE</b> Melle EL MOUMINI MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85	14/09/2023	8826,70 DHS

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

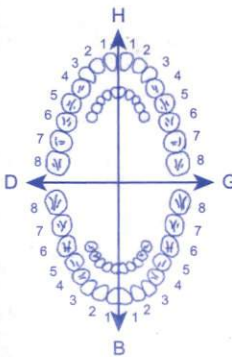
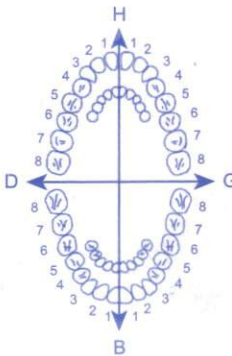
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



11/11/2020



80 45

134 = x 6  
Levothyrox



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

215.2

stop d'...

8000000000000

8826.70

**PHARMACIE LA SOURCE**  
Mell EL MOUANI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L  
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

SV



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

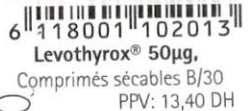
SV

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**  
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
Diplômé en Médecine de Sport de Rennes  
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence: 2 El Mansour / 8d. Ghazdi - Casablanca  
Tél: 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**  
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
Diplômé en Médecine de Sport de Rennes  
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence: 2 El Mansour N° 12 Bd. Ghazdi - Casablanca  
Tél: 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

LOT 230462  
EXP 01 2026  
PPV 107.60

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

LOT 230409  
EXP 01 2026  
PPV 107.60

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH

6 118001 170678

LOT  
231255 EXP 05/2026

PPV:108DH70

LOT  
231255 EXP 05/2026

PPV:108DH70

LOT  
231255 EXP 05/2026

PPV:108DH70

LOT  
231255 EXP 05/2026

PPV:108DH70

LOT 231237

EXP 03 2027

PPV 46.70 DH

LOT 231345

EXP 04 2027

PPV 46.70 DH

PPV: 193DH10

PPV: 193DH10

PPV: 193DH10

CODE No.: MPID/UGS/25/24/83

Módicament Autorizad Nº: 24344 DMB/24/2027

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020

REV 153,30  
LOT 153,30  
PER 01 2020