

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 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

M23+000703

176982

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765 Société : RAR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADI SOUSSI Batiya

Date de naissance : 1967

Adresse : Avenue Duss Slatoni Rue Bouzakhane
Lotissement N°1 Zouba 5 Villa N°6 Casablanca

Tél. : 0664370626 Total des frais engagés : 569,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37 Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84
INP : 91032458

Date de consultation : 05/09/2023

Nom et prénom du malade : SOUSSI BATIYA Age : 56ans

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

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique

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 : 05/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 attestant le Paiement des Actes
05/09/23	CS		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE EDEN ROCH
Dr. Hanan HABOUCHA
 4, Avenue Cité d'Ehéraude résidence
 Majestic B M-1 Ain Diab - Casablanca
 Tél.: 05 22 36 35 30

05/19/23 CS 20

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

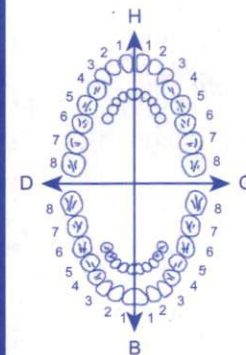
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

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 G 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)

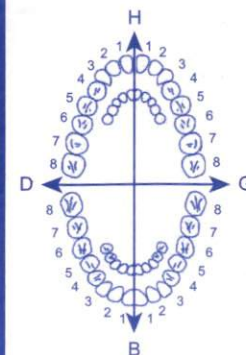
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ihame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
و أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le 05/09/2023

MME SOUSSI BAHJA



4570 • **Coltrax 4 mg - comprimé**

1 Comprimé, matin, soir, pendant 9 jours Puis 1 Comprimé, soir, pendant 6 jours Puis
arrêt *à la fin de repos.*

2370 • **Ibuprofene 200 mg - Comprimé**

1 Comprimé, matin, soir, pendant 7 jours Puis 1 Comprimé, en cas de besoin,
pendant 10 jours *à la fin de repos.*

• **Oedes 20 mg - gélule**

1 Gélule, avant les repas, matin, pendant 21 jours

• **Structum 500 mg - gélule**

1 Gélule, matin, soir, pendant 3 mois

• **D-cure forte - solution huileuse buvable**

1 dose, Tout les 30 jours, pendant 4 mois

69, 20

Dr. Ihame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassane Hay Elhane
Casablanca - Tél.: 05 22 89 10 84
INPE: 91032458

PHARMACIE EDEN ROCK
Dr. HANAN HABOUCHE
4, Avenue Côte d'Émeraude résidence
Majestic B.M-1 Ain Diab - Casa
Tél.: 05 22 86 35 30

37, Rue de Hassane Hay Elhane Casablanca - Tél.: 0522 89 10 84

INPE 091032458 ICE 002906584000082

45, 70

NO-DOL FEN 200MG
CP PEL B30

P.P.V:23DH50

