

## 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

N° W21-786504

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4516

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Younis BENJELLOUN ABENNAOUI

Date de naissance :

16/12/1960

Adresse :

205 Barouda N° 67 850, MAAROUF CASABLANCA

Tél. :

06 61 17 26 10

Total des frais engagés :

788,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Choikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Nabil BENJELLOUN  
Hépatogastro-Entérologie  
Hépatogastro-Entérologie - Chirurgicale

Date de consultation :

10/10/2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 fournis et l'absence de déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le :

20/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
19/09/2023	Dr. Sheikh Khalifa F.S.	3.00dh		INP: 222218402
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 29 00 44 22 e-mail: contact@ekm-hor.ma				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 93, Lot. Bouchra Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 32 19 29 092043710	19/09/2023	488,20 Pharmacie Morsad 93, Lot. Bouchra Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 32 19 29

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

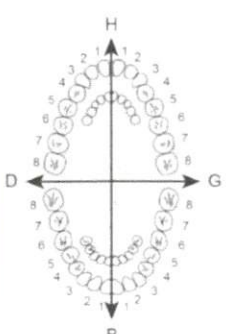
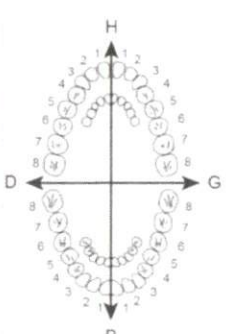
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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 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		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"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTER-ATIONAL CHEIKH KHALIFA

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bouou al aouam roches  
MOPRAL  
20 mg  
Boite de 14  
041 QR  
56015 DMP/21NRO P.P.V.: 131.10 DH  
6 118001 020652

وصفة طبية

Ordonnance

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bouou al aouam roches  
MOPRAL  
20 mg  
Boite de 14  
041 QR  
56015 DMP/21NRO P.P.V.: 131.10 DH  
6 118001 020652

Casablanca, le 25/9/2023.

Pharmacie Morsad  
93, Lot Bouchra Route 1100  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Tél: 0522 32 19 29

Remont Symptômes  
ASOEWACER.

131, 10 x 2

S.V.

1/ MOPRAL 20 mg

COOPER PHARMA  
PPC: 59,00 DH

2 gel 1/1 le soir 1/2 c.  
59,00  
petit déjeuner.

2/ PAR NOMBES 2 GAS

S.P. S.V.

80,00 2 y  
Debut dat 200.

S.V. 3/1

87,00 2 y  
Reloni 6 200

LOT: 230535  
DLUD: 06/2026  
87,00 DH

4/ Lmari  
2, gel 1/1 le soir

UT. AV.: 11 25 00 00  
LOT N°: GT 66 15  
P.P.V.

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casablanca  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868

T=488,20



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 19/09/2023

Quittance - Paiement espèces 0813943

IPP : .....

N° D'admission : 23402.43781 Montant : 300 DH

Patient : TOUMI BENJELOUN ABDELMANAFER

Payé par : .....

Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 130 891 / 2023 du 19/09/2023

Nom patient : TOUIMI BEN JELLOUN ABDENNACER

Entrée 19/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
N° INP 090061862  
E-mail: contact@hkm-hk.com  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 22 89 28 54



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : *BEN JAMOUR SAUDAT ABOUWACER*

Matricule : *4516*

N° CIN : *B2044 87*

Adresse : *LOT BOUCHER N° 68 SIDI MOHAMMED CAS*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné : Spécialité : *Gastro - entérologie*

N° ICE : N° INPE : *11118402*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

*à renouveler  
annuellement*

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*Reflux gastro-oesophagien persistant  
Parfois associé à une érosion de la muqueuse  
et à une diminution de la pompe à pepsine*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *NO LRAZ 20 mg  
à 1/2 dose 11 fois par jour*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASAB* le *19/5/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*[Signature]*

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées