

## 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

N° P19-0031201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03447

Société : 180784

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN BACH RAH SMAN

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Libasfa 2 Bloc A N° 24 Cas

Tél. : 0661 21 6378

Total des frais engagés : 2621,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL KABLI H.  
Médecine Interne  
N° 091031336

Date de consultation : 20/09/2023

Nom et prénom du malade : Fakhm Rkia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



# 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
22/09/23	C3		400 DNE	Professeur EL KABLI H. Médecine Interne INPE : 091031336

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
20.09.23	22.09.23	2221,00 PHARMACIE KM 9 Dr. OUADILI Souad Lissasfa - Tél: 0522 65 00 11

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

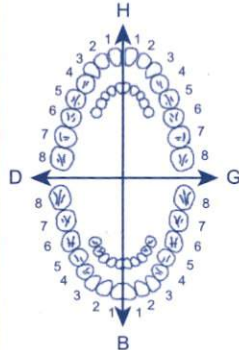
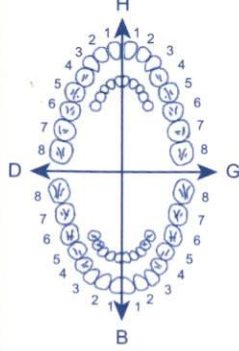
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552	00000000	00000000																									
00000000	00000000	00000000	00000000																									
00000000	00000000	00000000	00000000																									
35533411	11433553																											
B																												
				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

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement  
Supérieur  
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي  
الطب الباطني

صيدلية كيلومتر 9

PHARMACIE KM 9

Dr. OUADILI Souad

Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11

Casablanca, le

20/09/20

Mme Nahmi Rkia

$155,50 \times 12 = 1866$

1) Quinax 15

26,20 une fois / semaine

2) Mefes 24 / semaine

3) Cortamegl 5 14/11 x 3m

4) Calufik 14/11 x 3m

5) Inverim 20 14/11 x 1m

$= 2221,00$

800 3m

Professeur EL KABLI H.  
Médecine Interne

64, Bd. Omar El Idrissi (ex Bâd el Gardîn Murdoch) - Casablanca

Tél: 05 22 27 02 79 - Fax: 05 22 26 79 42 - GSM: 06 61 15 72 74

E-mail: hassanelkabli@gmail.com

PHARMACIE KM 9

Dr. OUADILI Souad

Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11



SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

42,20

42,20

42,20

NE LAISSER NI A LA VUE NI A LA PORTEE DES ENFANTS  
CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Ramboursable AMO  
6 118000 021407

NE LAISSER NI A LA VUE NI A LA PORTEE DES ENFANTS  
CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Ramboursable AMO  
6 118000 021407

NE LAISSER NI A LA VUE NI A LA PORTEE DES ENFANTS  
CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Ramboursable AMO  
6 118000 021407

LOT: 14223500  
PER: 04/20-2  
PPV: 26.20 DH

ACFOL 5mg  
Boite de 28 comprimés  
6 118000 430025

ISONE 5 mg  
30 comprimés sécables  
6 118000 020011

LOT 231050 1  
EXP 03 2028  
PPV 19 00

ISONE 5 mg  
30 comprimés sécables  
6 118000 020011

LOT 230610 1  
EXP 02 2028  
PPV 19 00

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh

AMM N°: 216R/20/DMP/21/NNPdR1

Lot N°:

EXP:

PPV: 155.50 Dh



6 118001 220908