

# 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

- 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

M23-014182

180913

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1786 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAHLOURI Khadija  
 Date de naissance : 14/10/53  
 Adresse : 4 Rue Mohamed ELHAYANI France Ville 2  
 Casablanca  
 Tél. : 0662014292 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 26/10/23  
 Nom et prénom du malade : BAHLOURI, KHADIJA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 26/10/2023  
 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jawhara BELHABIB - S. Dr. EN PHARMACIE 22, Rue L. Pasteur, France Ville Tél Fax : 02 00 34 - Casablanca	26/10/23	176,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

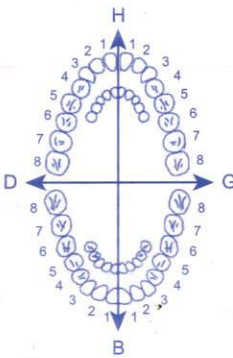
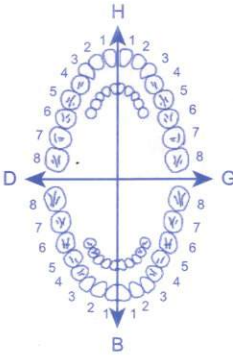
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

*Abdellah Bennani*  
*Docteur en chirurgie dentaire*

*Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse*

*Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)*

*Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)*

*Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)*

*Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)*

*Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)*

Casablanca, le :

26/10/2023

Mr = BAH LOURI KHARJA

76,50

MAC Ge'ic



1428 SJ

176,50

2x14,00

- Solip name



2608

14 35

Pharmacie Jawhara  
BELHADJ - S.  
Dr. en Pharmacie

2608

72,00

- kin

BR



122, Rue Lamennais France Ville N  
Tél et Fax : 05 20 34 - Casablanca

ABDELLAH BENNANI  
12 Rue Sabri Boujemaa  
Appt 6 - Casablanca

**CENTRE DENTAIRE BENNANI**

19 Bis, Bd IBN SINA - Casablanca - Tél. : 0522 94 04 04 - GSM. : 0661.43.77.78 / 0661.68.15.16  
www.maroc-implants.com - contact@maroc-implants.com



# Nalgesic®

## Fénoprofène

# 300 mg

36 Comprimés pelliculés

Voie orale



LOT 230020 1  
EXP 12 2025  
PPV 76.50

4

2

1150

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS		

# Doliprane®

## Paracétamol

# 1000 mg

10 Comprimés sécables

PPV: 14DH00  
PER: 07/26  
LOT: M2373



Adulte

## DOULEURS & FIEVRE

# Doliprane®

## Paracétamol

# 1000 mg

10 Comprimés sécables

PPV: 14DH00  
PER: 07/26  
LOT: M2373



Adulte

## DOULEURS & FIEVRE

# KIN

## Gingival

### Gums Gencives

### 0.12%

**Chlorhexidine DG**  
Fluoride

● ● ●  
**INTENSIVE CARE**  
SOIN INTENSIF

**0% Alcohol**  
0% Alcool

**Mint flavour**  
Goût menthe

**Mouthwash**  
Bain de bouche

250 ml

 **KIN**

# KIN

## Gingival



**IMPORTADO Y DISTRIBUIDO EN MEXICO POR:**  
INDUSTRIA FARMACEUTICA ANDROMACO S.A. DE C.V.  
CAMINO A VILLA CUAUHTÉMOC S/N. NAVE A DEL LOTE  
NÚMERO 5 DE LA MANZANA B, COL. SEGUNDA AMPLIACION  
PARQUE INDUSTRIAL TOLUCA 2000, 50200, TOLUCA,  
ESTADO DE MEXICO

FABRICADO POR / MANUFACTURED BY / FABRIQUÉ PAR :

 **KIN**

**LABORATORIOS KIN S.A.**  
DIAGONAL, 200 - 08018 BARCELONA - SPAIN  
WWW.KIN.ES / E-MAIL: KIN@KIN.ES  
PHARM. TECH. DIR.: M. EMBID  
MADE IN SPAIN - HECHO EN ESPAÑA

**B - 72 00**