

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-627204

184720

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526 Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAIMEZ - ABDELLAH

Date de naissance : 20-05-1974

Adresse : Rue 06 N° 16 ELALIA MAY EL OULFA

Tél. : 0662 399120 Total des frais engagés : 1926,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Boulevard Hassan II, N° 80, N° 36  
Casablanca  
05 55 06 54

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : KAIMEZ ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : hypertension artérielle + Diabète type II

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 : 27/11/2023

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
22/11/23	C1		1396,70	INPE: 061300711 Dr. BETTACHE Achraf Médecine Générale Boulevard Oued Sebou El Oulfa - Casablanca Tel: 05 45 55 06 54

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEDDINE 156, Boulevard Oued Sebou El Oulfa - Casablanca Tel: 05 22 90 69 08	27/11/23	1396,70 INPE 092051952

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Para Med. S.A.R.L. Wifak 1 Bd. Oued Sebou El Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 90 69 08	27/11/23					

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
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 [ ]
	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





ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/11/2023

Mr KAIMEZ ABDELLAH

1) **SV** Coveram 10/10 (03 Boîtes)  
224,00 x 3

2) **SV** Diamicron 60mg (03 Boîtes)  
78,70 x 3 rep 1j

3) **SV** ADO 1g (04 Boîtes de 30cp)  
43,30 x 4 rep 1j

4) **SV** Om Call plus (04 Boîtes de 50cp)  
400,00 rep x 2 1j

5) **SV** Sumedab singl  
30,80 1 même x 3 1j

6) **SV** Gentel 400g (02 Boîtes)  
37,30 x 2 1 càs x 3 1j

1 prise / semaine

1396,70

224,00

224,00

224,00

78,70

78,70

78,70

Para Medis SARL A.S.  
Wifak 1 Bd. Oued Tassaout N° 36  
El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 91 50 40

PHARMASOL  
756, Boulevard Oued Sebou  
Tél.: 05 22 91 50 40 - CASABLANCA

LOT : 1692  
PER : 01 - 28  
P.P.V : 30 DH 80

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 651093  
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 651093  
6 118001 141364

Dr. BETTACHE  
Médecin  
Bd Oued Tassaout  
El Oulfa - Casablanca  
Tél. 06 45 51 51 51

43,30

43,30

43,30

43,30



# Facture

Numéro N° télécopie client

FA2020992 27/11/23

Référence N° intracom. client

KAIMEZ ABDELLAH

ICE :

CASABLANCA

Référence	Désignation	Qté	P.P.H	Remise	TVA	Montant TTC
P00108	BANDELETTE DE GLYCEMIE ON CALL PLUS 50	4,00	100,00		20	400,00

Para Mcm S.A.R.L.A.U.  
Wifak 1 Bd. Oued Sebcu N° 967  
El Oued - Casablanca  
Tél. : 05122 90 69 08

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
C20	333,33	20%	66,67	333,33	0,00		400,00	0,00	400,00
				Conditions de règlement :		le 27/11/23	ESPECE		400,00
Total	333,33		66,67						

Page

PARAMCM | WIFAK I 967, Bd Oued SEBOU Hay ELOULFA - CASABLANCA

Tel.: +212522906908 Email : paramcm2@gmail.com

Banque : AWB | RIB : 007 780 00 01117000000592 74 - R.C : 337771 - I.F : 15298461 - PATENTE : 35065241 - ICE : 000307143000057