

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-512973

187433

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10553 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ABABOUA ABDELLAH

Date de naissance : 25.06.53

Adresse : .....

Tél. : 0661956439 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **D<sup>r</sup> HASSAN CHEFFI**  
Médecin Généraliste  
Rue 23, N° 69, Hay El Qods en face  
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi  
CASABLANCA - Tél : 022.73.78.51

Date de consultation : 9/12/2023

Nom et prénom du malade : BOUHESSE Saadia

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 18.12.23 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : .....



| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                                |                   |                       | 1500                            |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|  | 03/12/23 | 1960,00               |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                     |   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|--|---|---|----------|---|--|---------------|----------|---------------------|----------|---|---|--|--|--|--|--|--|----------|----------|--|--|----------|--|--|--|---|--|--|--|-------------------------|--|--------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|
|  |   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |          | H   |  | 25533412      | 21433552 | 00000000            | 00000000 | D | G |  |  |  |  |  |  | 00000000 | 11433553 |  |  | 35533411 |  |  |  | B |  | <table border="1"> <tr> <td>COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEBUT D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIN D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table> |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  | MONTANTS DES SOINS |  | DEBUT D'EXECUTION |  | FIN D'EXECUTION |  |
|  |   | H   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | 25533412  | 21433552 |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | 00000000  | 00000000 |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| D  | G |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | 00000000  | 11433553 |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | 35533411  |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | B   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX                        |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| MONTANTS DES SOINS                             |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| DEBUT D'EXECUTION                              |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| FIN D'EXECUTION                                |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
|  |   |   |          | <table border="1"> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table> |  | DATE DU DEVIS |          | DATE DE L'EXECUTION |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| DATE DU DEVIS                                  |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| DATE DE L'EXECUTION                            |   |   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |          |   |  |               |          |                     |          |   |   |  |  |  |  |  |  |          |          |  |  |          |  |  |  |   |  |  |  |                         |  |                    |  |                   |  |                 |  |

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplôme en Echographie  
de l'Université de Montpellier

Diabète

Thérapie par l'énergie positive (reiki)

الدكتور حسن الشفي

الطب العام

دبلوم في التشخيص

العلمي بالصدى جامعة مونبلي

داء السكري

العلاج بالطاقة الإيجابية (الريكي)

Casablanca :

9/12/2023

Bouhess Saadia

Jammet 50/1000

1cm le matin

micron 60mg

le matin

Amel 300

Dr HASSAN CHEFFI  
Médecin Généraliste  
Rue 23, N° 69 Hay Quds en face  
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi  
CASABLANCA - Tél. 022-73.78.51

رنقة 23 الرقم 69 حي القدس (ممام مسجد لالة فاطمة الزهراء) سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
Rue 23 N°69 Hay Quds (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22 73 78 51



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

EXP 08/2025  
PPV 30.00DH

PPV 30.00DH

44,70

242600030-02

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

EXP 05/2024  
PPV 30.00DH

78,70

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.