

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, parodontologie 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° W21-640276

191217

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8966 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS MOHAMMED HICHAM

Date de naissance : 10/12/1970

Adresse : BOUSKOURA GOLF CITY VILLAS 10
VILLE VERTE NOUACEUR

Tél. : 06 61251619 Total des frais engagés : 250+535,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELLOUADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maarif
Tél. : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 17

Date de consultation : 14/01/2024

Nom et prénom du malade : BENNIS MOHAMMED HICHAM Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 Le : 18/01/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOI ET ADHERENT

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
18.01.2024	C2	7	25,000	INP: 09101944 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. Bir Anzarane - Maârif

INP: 091019448

BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
Tangerne - Maârif

119, Bd. Bir Anzarane
Tel: 05 22 23 94 84
05 22 98 14 67

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18 04 20	535,80

Centre Commercial La Promenade
Local 016 - ville verte
Casablanca Bouskoura
Tél: 05.22.18.24.20

PHARMACIE LES CYPRÈS

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

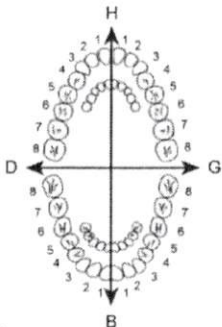
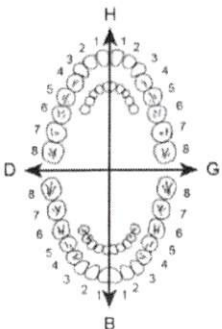
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxi

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس والرياضات المائية

CASABLANCA LE

18/01/2024

Monsieur BENNIS Mohamed Hicham

AUGMENTIN 1G BOITE DE 24

1 sachet matin midi et soir au début des repas pendant 8 jours

REMOX 20 MG DISPERSIBLE

1 comprimé par jour au milieu du repas délayé dans un demi verre d'eau pendant 8 jours .

AEROMAX

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 60 jours.

DOLIPRANE 1g EFFERVESCENT

1 comprimé dans un grand verre d'eau 3 fois par jour

PECTRYL SIROP ADULTE

1 cuillère à soupe 5 fois par jour, loin des repas pendant 8 jours

PHARMACIE LES CYPRÈS
Centre Commercial La Promenade
Local C16 - Ville Verte, Bouskoura
Casablanca
Tél: 05 22 78 24 20

Aeromax[®]
Budésonide

LOT:066T018A
PER:07/2025
PPV:190.00 DH

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67



1g/125 mg
 poudre pour suspension
 buvable en sachet



AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
 Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
 prendre de préférence au début des repas,
 pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
 LOT: 652741
 PER: 05/25

PPV 34DH70

EXP 02/2026
LOT 32021 4

PECTRYL[®]

**SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP**

250 ml

PPV 34DH70

EXP 05/2026

LOT 35033 6

PECTRYL[®]

**SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP**

250 ml