

## 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 : Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-477329

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6024 Société : .....

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


Nom & Prénom : BEN SAA' Abdelhakim

Date de naissance : 22/03/50

Adresse : Hay Nassim Ren 7 n° 6 Bd Abdellah Bontaleb  
(ex route d'Agouak)

Tél. : 0663636465 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : ..... 21 OCT. 2014

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																				
<b>ODF</b> <b>Prothèses dentaires</b>				<b>Coefficient des travaux</b>																				
Détermination du coefficient masticatoire				<b>Montant des soins</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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			<b>Date du devis</b>
H		G																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Fin de</b>																				

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM: <u>BEN SARI Abdelhakim</u>	Mle <u>6074</u>
<b>DECLARATION N°</b>		<u>W17-115811</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>21/10/19</u>	<u>742,-</u>	<u>7</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W17-115811

DATE DE DEPOT

21/10/2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>6074</u>
Nom & Prénom <u>BEN SARI Abdelhakim</u>		
Fonction: <u>Reçu</u>	Phones <u>0663636465</u>	
Mail <u>hakimbensari@gmail.com</u>		
<b>MEDECIN</b>		
Prénom du patient <u>Abdelhakim</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date <u>03/09/2019</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Bronchite</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>ca</u>		<u>300,-</u>
<b>PHARMACIE</b>		
Date <u>03 sept 2019</u>		
Montant de la facture		
<u>449,50</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Pharmacie EL ANADEL  
 Mme H.T. EL ARAKI  
 Bd, Abdellatif Ben Kaddour  
 Tél: 022-38-54-38



**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**  
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)  
Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca



(الركنورة لعنفة بوطيب بن صاري)

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)  
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Casablanca, le 03/09/2014 في الدار البيضاء،

## ORDONNANCE

Monsieur BENSARI Abdelhakim

138,30 Augmentin 500mg  
x2 2 cp 2x1; 2 boites

14,30 Rhinofeural  
x3 2 sel 2x1; 3 boites

39,90 Rhinathiel 500  
x2 1 cp 1x1; 2 boites

22,30 clopreno 100  
x2 1 cp 1x1; 2 boites

112,50

Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd Med. Zerkoutni - Casablanca

05.22.39.99.57 : الهاتف - الدار البيضاء - الهراوي - شارع محمد الزركوتني - 283, Bd Mohamed Zerkoutni (environ Boulevard de l'Indépendance) - Casablanca - 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE : 091164491

PPV 22DH30

EXP 06/2018  
LOT 56019 2

Métoclopramide

Pour adultes et adolescents de plus de 18 ans

**CLOPRAME**®

RHINATHIOL 5% AD  
SIROP FL 200 ML

P.P.V : 39DH20



6 118000 061403

LOT : 8MA056  
PER.: 10 2021

RHINATHIOL 5% AD  
SIROP FL 200 ML

P.P.V : 39DH20



6 118000 061403

LOT : 8MA052  
PER.: 06 2021

PPV 22DH30

EXP 10/2021  
LOT 84012 8

Métoclopramide

**CLOPRAME**®

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN<sup>®</sup>** 500<sub>mg</sub>/62,5<sub>mg</sub> Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent  
être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH  
LOT: 579163  
PER: 02/20

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN®** 500<sub>mg</sub>/62,5<sub>mg</sub> Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent  
être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH  
LOT: 579163  
PER: 02/20

756.836.12.17

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

UT.AV. :

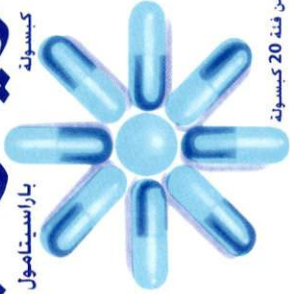
LOT N° :

PPV (DH) :

# رينوفبرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع الـأـم الرأس و / أو حمى

**RHINOFEBRAL®**

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



61180001080497

756.836.12.17

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

UT.AV. :

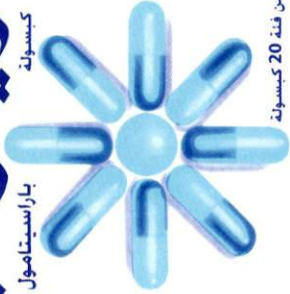
LOT N° :

PPV (DH) :

# رينوفبرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع الـأـم الرأس و / أو حمى

**RHINOFEBRAL®**

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



61180001080497



756.836.12.17

LOT : 180991

UT AV : 07/2024

PPV : 14,30DH

UT.AV. :

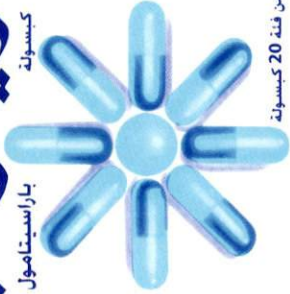
LOT N° :

PPV (DH) :

# رينوفبرال

كبسولة

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع الـأـم الرأس و / أو حمى

**RHINOFEBRAL®**

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de  
chlorphénamine 3,20 mg  
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118000 080497