

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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**

M22- 0038093

153235

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09652

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHAKIL MOHAMMED

Date de naissance :

02-01-1961

Adresse :

Rue Amine Bent Aalal Ben Abdellah  
Dahane Casablanca

Tél. :

066504484

Total des frais engagés :

444,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL ALAOU MHAMDY  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casablanca  
Tél / Fax : 0522 47 56 94

**MUPRAS**  
15 MAR. 2023  
**ACCUEIL**  
N. AIT ALI

Date de consultation :

27.03.2023

Nom et prénom du malade :

Chakil Aziz

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection chronique

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 :

27/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



# 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                                                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27 FEV 2023     | C                 |                       | 150,00                          | Docteur EL ALAOUI MHAMDI<br>Moulay Youssef<br>Médecin Généraliste<br>16, Rue Salé (A.M) Casablanca<br>Tél/Fax : 0522 47 96 94 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien                                                                                         | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie AZIZA<br>Docteur LATRECH<br>9, Rue Ibnou Yaala Ifrani Maarif - Casa<br>Tél.: 0522 94 57 28 - Fax: 0522 95 09 28 | 27/02/23 | 234,60                |

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

| 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 <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | <table border="1"> <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 <input type="text"/> |  |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | H                                       |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552                                 |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000                                 |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | G                                       |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000                                 |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553                                 |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                         |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | 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

# Docteur El Alaoui Mhamdy Youssef

## Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)  
Ancienne Médina  
Tél. / Fax : 05 22 47 56 94  
Casablanca  
E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف  
الطب العام  
16, زنقة سلا ( أمام جامع الشلوح )  
المدينة القديمة  
الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94  
الدار البيضاء

27 FEB 2023

Casablanca, Le :

الدار البيضاء، في :

**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg  
دولاستان  
Boîte de 20 comprimés  
علبة من 20 قرص

37100

Chelil

Rzys

37100

Dulastan

109,00

Flexonid Spray

52,80

1000 mg 14

52,40

1000 mg 14

20,90

Flexonid

23,40

1000 mg 14

Docteur EL ALAOU MHAMDY  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casablanca  
Tél / Fax : 0522 47 56 94

I.C.E.: 001915367000059 - C.N.S.S.: 2099530 - INPE: 091266189

LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

PPV: 23DH40  
PER: 13/24  
LOT: K3594

118000011460  
P.P.V: 52DH40  
36 SACHET 830  
SMECTA ORANGE VANILLE

LOT: 22E072  
PER: 09 2025

PHARMED  
LOT : 2096  
UT.AV : 08-2  
PPV : 20DH00

DOCTEUR EL ALAOUI MHAMDI  
MONTA YORSEF  
Médicine Générale  
10 Rue Sidi (ALM) Casablanca  
Tél: 0529 43 43 43



Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Neuf Dirhams.