

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Veuve Moustahsine  
TIBARI

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000998**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51875 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom Moustahsine Tibari Date de naissance : 26/03/1975

Adresse :

Tél. : 0678997070 Total des frais engagés : 2678,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelhalim OTARIO  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Taha Houcime (ex. rue galil.)  
Tél. 0522 20.70.91/20.61.41

Date de consultation : 01 OCT 2019

Nom et prénom du malade : DAMIR Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 07/10/2019

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01 OCT 2019     | SM                |                       | 427                             | Docteur Abdelhalim ATARID<br>Neuro-Psychiatre<br>75, Rue Taha Houcme (ex. rue Yagil) -<br>Tél. 0522 20.70.91/20.61.41 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE<br>Dr. S. EL MILA<br>283, Bd. Sidi El Bacha<br>Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 65 31 | 11/10/19 | 2278,60               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|---------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|-------------------------|
|                           |  |                  |                     | 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H                   | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  | H                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | B  | B                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية و العصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le

01 OCT. 2019

الدار البيضاء، في

DAMIR Khosja

179,00 x 3

1) Velox 2 CP 75



(3 btes)

N° 7252

139,60 x 2 1 gelule b



(6 btes)

N° 7253

2) Solian 10

98,30 x 2

1 q de m



(2 btes)

N° 7254

3) Almyl 30

35,70 x 3

1/2 q de m

(3 btes)

N° 7255

4) Almyl 30

44,90 x 4

1/2 q de m



N° 7256

5) Noctigen 10

60,10 x 7

1 q au coucher

(4 btes)

6) Epyca 50

1 gelule b m



227860 Traitements pol

Docteur Abdelhalim OTARID  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Tahar Houcine (ex. rue Galilée)  
Tél. 0522 20.70.91 / 20.61.41



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



N° :  
0901276  
01/2022  
179DH00

N° :  
0901276  
01/2022  
179DH00

0901276  
01/2022  
179DH00

98,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV : 139,60 DH



98,30

35,70

35,70

35,70

44,90

44,90

44,90

44,90

(PPV : 60DH10)

الفم

(PPV : 60DH10)

(PPV : 60DH10)

(PPV : 60DH10)

(PPV : 60DH10)

الفم

(PPV : 60DH10)

الفم

(PPV : 60DH10)

الفم

PHARMACIE MILAD  
Dr. S. M. M. M.  
283 Bd. Zidi Aoudrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522 94 65 30-CASABLANCA