

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-512907

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23518**

Matricule : **2926** Société : .....

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

Nom & Prénom : **ACHOUR FARI**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **35 Rue Kergouard Paris 14**

Tél. : **0629971503** Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/2/20** / .....

Nom et prénom du malade : **Adnan Fati Zoua** Age : .....

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

Nature de la maladie : **off. de l'Etat - N° 1**

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 : **03/03/2020**

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

### 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** : 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](http://www.mupras.com)

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/02/2020      | VS                |                       | 300                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE<br>SKIRI EL ROUKIA<br>15 - 16, Rue Kerguelan<br>Résidence Amber - Casablanca<br>Tel: 022 79 79 01 | 26/02/2020 | 1459,00               |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

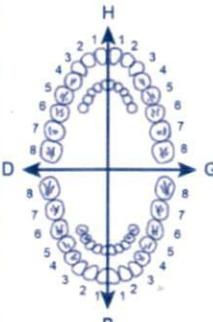
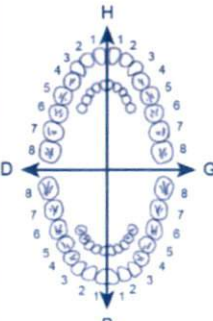
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Adil SENTISSI

- Médecine Générale
- Médecine du Travail
- Faculté de médecine de Rennes
- Diplômé en Echographie
- Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien Interne des Hopitaux de Lille  
en Pneumologie
- Expert Assermenté

## الدكتور السنتيسي عادل

- الطب العام
- طب الشغل
- خريج كلية الطب برين
- حائز على دبلوم في الفحص بالصدى
- كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات ليل
- في أمراض الصدر
- خبير محلف لدى المحاكم

طبيب مرخص للفحص الطبي لنيل رخصة السياقة  
Médecin agréé pour visite médicale de permis de conduire

Casablanca le: 26/2/20

A = Aroun Redoua Touro

Southern  
L. Tazi, Pharmacien Resp  
CARBOSYLANE - 48 doses  
PPV 74 00 DH  
6118001070893

PHARMACIE SIDI ABDERRAHIMANE  
SKIRREDJ Roukha  
15-16 Rue Kergomar  
Résidence Ambar - Casablanca  
Tél. 022 79 79 01

68,60DH

06/2022  
U176K

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

LOT 190462  
EXP 08/2021  
PPV 30.00DH

PPV 34 DH 40  
PER 04/22  
LOT 1911-2

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
MXGS0036  
6 118001130184  
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
MXGS0036  
6 118001130184  
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
MXGS0036  
6 118001130184  
PPV : 79,90 DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
MXGS0036  
6 118001130184  
PPV : 79,90 DH

LOT: KA84213 PER  
PPV: 95,00DH

LOT: KA83737 PER:  
PPV: 95,00DH

LOT: KA81323 PER: 02-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA83737 PER: 09-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA82338  
PER: 05-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA84213 PER: 10-2021  
PPV: 95,00DH

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
MXGS0036  
6 118001130184  
PPV : 79,90 DH

Dr SENTIASI ADIL  
Médecine Générale  
Médecine du Travail  
ECHOGRAPHISTE  
EXPERT ASSERMENTE  
Annassini 91 tel: 0522.74.0909

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDJ Roukia  
15 - 16 Rue Kergomar  
Résidence Amber - Casablanca  
Tel: 022 79 79 01

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDJ Roukia  
15 - 16 Rue Kergomar  
Résidence Amber - Casablanca  
Tel: 022 79 79 01

3440  
Natrixam  
S.V.

7990x6 2-27

7990x6  
Natrixam

950x6  
S.V. Carlier

103,60

Amal 11

S.V.

Natrixam