

## 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 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** : 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)



**MUPRAS**

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

ND: 325 M.

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013691

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3125 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom : Taki Khaddouj Date de naissance : 01.01.1960

Adresse : 8 Rue L. Sidi Maarouf 3

Tél. : 06.63.63.2685 Total des frais engagés : 1979 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/5/2020

Nom et prénom du malade : Taki Khaddouj Age : 59

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

Nature de la maladie : AFF Digeste

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.

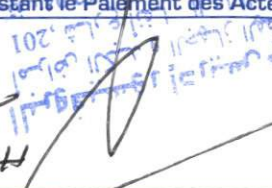
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 20/5/2020

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
20/5/2020		63	300	
INP: 91080028			500	
			8000H	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/5	288,30
	20	740

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

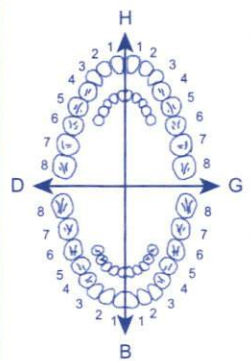
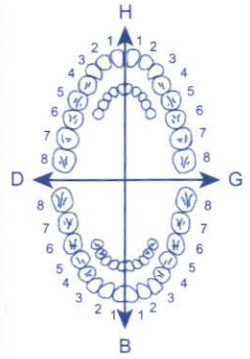
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR DRISS JAMIL**

Maladies de l'appareil Digestif

**Foie - Estomac - Intestins**

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

casablanca le, 11/06/2020

**Mme BEHILI Khadija**

**CARBOXANE**

1 comprimé, 3 fois par jour apres repas, pendant 10 jours

7950  
PHARMACIE NASSER  
Dr. H. ZARHLOULE  
Hay El Masyid Rue 48 N° 11  
El Fida Casablanca  
Tel.: 05 22 28 02 26

*[Signature]*

*[Stamp]*





# PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

casablanca le, 20/05/2020

**Mme BEHILI Khadija**

**RANCIPHEX 20**

1 comprimé le matin avant le petit déjeuner, pendant 14 jours

**MÉTÉOSPASMYL 60**

1 capsule, 3 fois par jour, avant les repas, pendant 10 jours

**DUSPATALIN 200**

1 gélule, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours

**JUVAMINE**

1 comprimé, matin et soir, pendant 10 jours

PHARMACIE NASSER  
DR. H. ZARHLOULE  
Hay El Masji Rue 48 N° 11  
El Fida Casablanca  
Tél: 05 22 28 02 25

Professeur Driss JAMIL  
Maladies du foie et de l'appareil Digestif  
201, Bd d'Anfa - Casablanca  
Tél: 05 22 94 62 62 / 05 22 94 61 61

RANCIPHEX® 20 mg  
14 comprimés gastro-résistant  
Voie orale  
6 118001 300792

PPV: 64 DH 50

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

LOT : 9MA030  
PER: 01 2022  
DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V : 54DH00  
6 118000 010531

95 03 22  
LOT PER  
Prix 89,00

3 160929 905026