

# COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ns générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
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.  
Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## éducation :

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 052738

35810

☒ Maladie 10233 ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R. A. M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Yousseline Nachite

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Bloc 60 N°63 Sidi Othmane CASA

Tél : 0664245206 Total des frais engagés : 446,50 DHs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SAMI BENNIS  
Médecine Générale  
22, Bd. du Nil, Bloc 33 - 1er Etage  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél : 0522 59 78 56

Date de consultation : 08 Aout 2020

Nom et prénom du malade : NACHITE YOUSSEF Age : 17/7/2012

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

Nature de la maladie : Maladies / Dentaire / Buccale

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 : 05/08/2020

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                                                                           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05/11/2020      | S                 | ✓                     | 1200000                         | Docteur Saad El Hachimi<br>Médecine Générale<br>22, Bd du Nil, Bloc 37, 1er Etage<br>Sidi Othmane, Casablanca<br>Tél/Fax : 0522 59 78 56 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                          |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                          | Date       | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Pharmacie EL MAOUZIA<br>Sidi Othmane, Casablanca<br>05 22 55 17 | 05/11/2020 | 326.50                |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |
|                                                                 |            |                       |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

AFRIC-PHAR  
LOT 199088 EXP 09/2022  
PPV : 78DH30

NOMYC 50 mg  
7 gélules

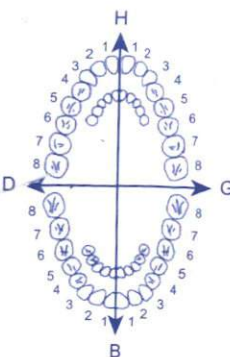


Ditropan 5mg

60 Comprimés sécables



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

دكتور سعاد الحامي  
بنتاماتزون، حامض ساليك  
مرهم

Diprosalic  
pommade



LOT: 604  
PER: NOV 2022  
PPV: 37 DH 60

AFRIC-PHAR  
LOT 199088 EXP 09/2022  
PPV : 78DH30

NOMYC® 50 mg

7 gélules



6 118000 071037

Ditropan 5mg

60 Comprimés  
sécbles



6 118000 010456

Erlus®

sirop 100 ml



6 118000 180890

Lot :

Per :

PPV :

36.80

LOT: 604  
PER: NOV 2022  
PPV: 37 DH 60

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH



6 118001 181491

Diprosalic®  
pommade



6 118000 050186

611 800 115 012 0  
DIPROLEN 0.05% Pommade 15g  
P.P.V : 23 800 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Boukoura



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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





الدكتور سعد بنيس  
الطب العام

**فحص بالصدى - تخطيط القلب**  
**أمراض الروماتيزم والتهاب المفاصل**  
 22، شارع النيل، بلوك 33، الطابق الأول  
 سيدى عثمان، الدار البيضاء  
 الهاتف/الفاكس : 05 22 59 78 56

Casablanca, le : 05 AOUT 2020

78.30  
 1 NO RUC song gefahr Unter der 1  
 36.10  
 2 RUC song gefahr Unter der 1  
 84.20  
 3/8 RUC song gefahr Unter der 1  
 23.90  
 5/1 RUC song gefahr Unter der 1  
 37.60  
 8/1 RUC song gefahr Unter der 1  
 66.30  
 326.50

**Docteur Saad BENNIS**  
**Médecine Générale**  
22, Bd. du Mil. Bloc 33 - 1er Etage  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 59 78 56