

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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](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)

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 052580

ND: 38868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société : NAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUYAEL HASSAN

Date de naissance : 01 01 1963

Adresse : RABAT LAHSEN IM 2 APP 9 EL ANFA

Tél. : 0634641080 Total des frais engagés : 3900,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

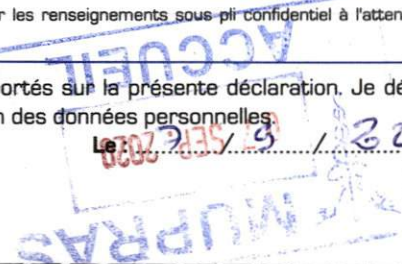
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : Casablanca Le 05/09/2020

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
18.08.2026		V3	Gratuit	<p><b>Dr. MAËZOUZ Keltoum</b>  <b>Spécialiste en Gastroentérologie et oncologie digestive</b>  134 Bt. Bt. Anzarane et Rue Mohamed Elbouhari  Imm. Aya. 1er étage, Apt. N°3 - Maarif  Tél : 05 22 99 47 30 - INPE 09.11.66.777</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>SDIPH</b>  2, Rue Ibn Khatima - Casablanca  Tél : (212) 5 39 99 99 99  Fax : (212) 5 39 27 70 83</p>	18.08.2026	voir facture ci-joint	<p><b>SDIPH</b>  <b>Equipements &amp; Consommables Médicaux</b>  17 Angle Rue Ibnoukhatima  Quartier des Hopitaux Casablanca - Maroc  Tél : 05 22 27 79 83 / Fax : 05 22 27 79 85</p>

# AUXILIAIRES MEDICAUX

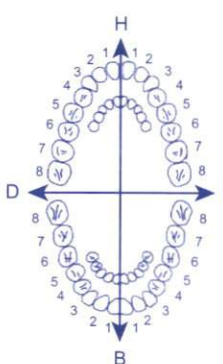
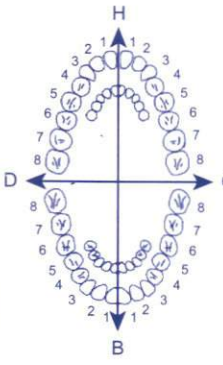
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de

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>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 <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Le 18-08-2020

M<sup>re</sup> Rovissi Nina

- Ballon d'extraction de calculs  
Biliaires
- Fil guide meta
- Sphincterotomie -

**SDIPH**  
Equipements & Consommables Médicaux  
12 Angle Rue Ibnoukhafra  
Quartier des Hôpitaux Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 27 79 83 / Fax : 05 22 27 79 83

**Maâzouz Keltoum**  
Spécialiste en Gastroentérologie  
et oncologie digestive  
134 Bd. Bir Anzarne 4<sup>ème</sup> étage, Appartement N°3 - Maârif  
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE 09.11.66.777

## CRPE

**ROUISSI Mina**

Casablanca le, 18/08/2020

Opérateur : Dr Maazouz  
Appareil : Olympus  
Anesthésie : Dr Idrissi  
Lieu : Clinique Atlas

### Clinique

lithiase de la VBP

### Examen

POSITIONNEMENT EN REGARD E LA PAPILLE QUI EST NORMALE EN TAILLE ET EN FORMES  
MONTEE DU FIL GUIDE AU NIVEAU DE LA VBP

OPACIFICATION QUI RETROUVE UNE VBP SIEGE DUN CALCUL

SPHINCTROTOMIE ET RAMONAGE AU BALLONNET QUI PERMET DEXTRAIRE UN  
CALCUL DE LA VBP

OPACIFICATIO DE CONTROLE ET LAVAGE ABONDANT

*Dr. Maazouz Keltoun*  
Spécialiste en Gastroentérologie  
et oncologie digestive  
134, Bd. Bir Anzarane - Rue Ahmed Eljoumani  
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maarif  
Tél : 05 22 99 47 30 INPE/09.11.66.777





# SDIPH

SOCIÉTÉ DE DISTRIBUTION DE PRODUITS

## Equipement et consommable médical

Facture N° : 0000503/2020

ROUISSI MINA

Date

Client

B. Commande

13/08/2020

99999

Référence	Désignation	Quantité	Pu TTC	Montant TTC	Tva
NLS/BL-15-23-200	Ballon d'extraction de calculs biliaires Lot N° 5451912004 Date Per. : 17/12/2022	1	1 200,00	1 200,00	1
NLS/GWS-35-450	Fil Guide Hydrophile - EASY WAY	1	1 200,00	1 200,00	1
NLS/STU-3RX-05-	Sphincterotome	1	1 500,00	1 500,00	1

	Base	%Tva	MT Tva	MT TTC
1	3 250,00	20,00	650,00	3 900,00

Montant HT

Montant TVA

Montant TTC

3 250,00

650,00

3 900,00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE**

Trois Mille Neuf Cent Dirhams 00 Cts

**SDIPH**  
Equipements et Consommables Médicaux  
Quartier des Hôpitaux  
12, Angle Rue Ibnoukhatima - Casablanca  
Tél: 0522 27 79 83 - Fax: 0522 27 79 85

SDIPH S.A.R.L. AU CAPITAL DE 400.000 DHS-RC 106025-PATENTE 36330945-I.F. 2222607-CNSS  
6182076 - ICE 001533081000011 - COMPTE BANCAIRE : SOCIÉTÉ GÉNÉRAL MAROCAINE DE BANQUES AGENCE  
ABDELMOUMEN, CASABLANCA COMPTE N° 022 780 000 043 00 053026 29 74

COURRIEL : SDIPH01@GMAIL.COM

TEL. : +212 522 277 983

FAX : +212 522 277 985

SIÈGE SOCIAL: 12 ANGLE RUE IBNOUKHATIMA - QUARTIER DES HOPITAUX -  
CASABLANCA, MAROC.