

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-564636

13724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : BAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALEHDDINE NARIAN

Date de naissance : 16/03/1986

Adresse : 2 ASIS SQUARE INN AG 09001 RDC

Tél. : 0674494039 Total des frais engagés : 427,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Affectation subaiguë

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

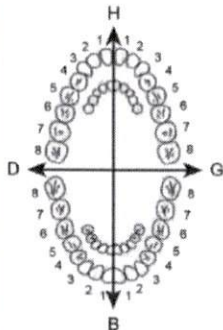
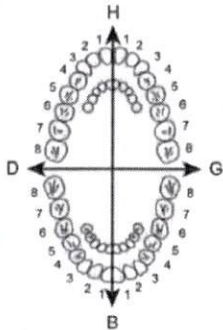
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>								
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">0000000</td> <td style="text-align: left;">0000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">0000000</td> <td style="text-align: left;">0000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">D                      G</p>				25533412	21433552	0000000	0000000	0000000	0000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	0000000	0000000										
	0000000	0000000										
	35533411	11433553										
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI  
DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

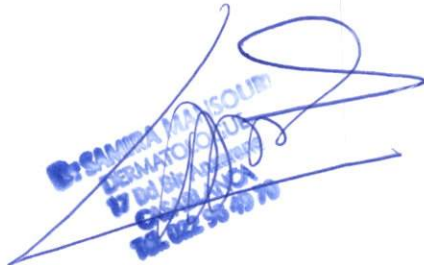
خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية  
في أمراض وجراحة الجلد

le 17/10/2022

Mme SAMAH EDDINE Meriem

note d'honneur

consultation spécialisée  
au tarif de 300,000dt.  
Avec le présent Ray a tous  
Cent Bir Anzarane

  
SAMIRA MANSOURI  
DERMATOLOGUE  
17 MAÏ 2022  
CASABLANCA



# CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et des  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH



ID: 648365  
6 118000 161301

EXP 09/2023  
Lot 6756



LOT / BATCH: 17578  
FAB / MFR: 12-2021  
EXP: 11-2024

MANSOURI  
LOGUE

Médecine de Paris  
Hôpitaux de Paris  
Française de Dermatologie

الطبيب  
اختصاصية  
في أمراض وجراحة الجلد

PPV: 66,80 DH

Je 17/10/2022

Saheh eddine Mariane

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

1/- FRAKIDEX Pomme de  
20,80 Je 8x2 - 8x

66,80 Je 8x2/2  
47 Boulevard Bir Anzarane  
PHARMACIE DANTON  
Docteur en Pharmacie  
Mme Amal EL QADBAJ BAHRI  
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca

2/- Flammazinc Crème

40,00 Je 8x2 sur la plaque  
une  
3/- Dermovale gel

Je Suis — 150

1 Suis / 2 — 150

1 Suis / 3 — 150

1 Suis / 5 — 2urs

127.60

  
DR SAMIA BEN  
DELMONT  
17 Bd Bir Anzarane  
CASABLANCA  
TEL 022 98 49 70

Mme Amal EL QAHNAJ HATIT  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca