

# 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 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

M22- 0015123

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3482 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ADEL Abdelhamid  
 Date de naissance : 18.04.52  
 Adresse : 23 Rue IBRAHIM HABIB - CACA - Yacoub  
 Tél. : 0661 31 1542 Total des frais engagés : 491,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Professeur Saïwa NADIR**  
Hépatologie, Gastro-entérologie  
Proctologie Méd. et Chirurgicale  
Clinique des Boudiam  
170 Bd. Mohammed VI - Casablanca - Tél. : 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 10 / 2022  
 Nom et prénom du malade : EL HAZEN Abdel C. Robin  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 11 / 11 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/10/2022      | G3                |                       |                                 | Professeur Salim N. El...                                      |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie Youssef El Mansour<br>63-65 Bd. Mohammed VI - Casablanca<br>Tél.: 05 22 25 52 04 - 09 20 57 27 2 | 13/10/2022 | 491,30                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

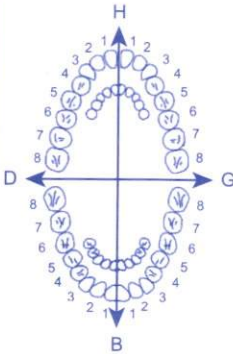
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

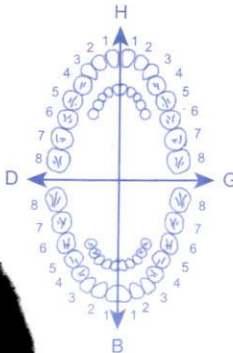
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|--|
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/> |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |
|   |                   |                     |             |   |  |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |  |  |   |                                       |
|---|--|--|--|---|---------------------------------------|
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div> |  |  | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   | [Création, remont, adjonction]   |  |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |                                       |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/> |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |
|   |  |  |  |   |                                       |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"  
Echographie et Endoscopie Digestives  
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"  
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"  
Proctologie Médicale et Chirurgicale



## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب  
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التشخيص بالمنظار والصدى  
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 13.10.2022 في الدار البيضاء

**Mme EL HAOU EP ADEL Rabiaa**

**Prendre :**

1 - **EUZOL 40MG**

1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 28 jours.

2 - **GAVICON SUSPENSION**

1 Cuillère à soupe le matin et au coucher, après le repas, pendant 15 jours.

3 - **CARBOXANE**

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

4 - **RELAXIUM B6 375MG**

1 gélule le soir, après le repas, pendant 1 mois. vers 19 heures

LOT : 5426  
UT AV : 12-24  
P.P.V : 216 DH 00

216,00

48,42

79,50

99,00

LOT: 220465  
DLUO: 06/2025  
99,00DH

Dava Pharmaceutique

Mme BENNITS Zineb  
PHARMACIENNE EL MANSOUR  
63 Bd Yacoub El Mansour  
Tél: 05 22 25 52 04 - Casablanca

**Professeur Salwa NADIR**

En cas d'urgence 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10 رقم 4، الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120،  
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14 - Tél. : 05 22 86 20 100 - Casablanca 20100 -  
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 86 20 100 - Casablanca 20100 -

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma - الموقع الإلكتروني