

## 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 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
- 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° W21-781678

159221

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Haissam Essouk

Date de naissance : 27/10/1987

Adresse : Riad M Abdelouassed 1er 59 N°11111 3

Apt 20 HMY RIAD RABAT

Tél. : 0678490701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Salwa**  
Professeur de Radiologie  
76, Bd. Abdelmoumen RAS. Koutoubia  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 60  
ICE : 002106039000093  
INP : 091034447

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

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 Médical attestant le Paiement des Actes
14/04/23		3	300dh	INP : Dr. GATWA Professeur de Bd. Abdelmoumen RAS. Kasablanca CASABLANCA Tél : 05 22 23 88 60 - Fax : 05 22 23 88 61 ICE : 002106039000093 INP : 091034447

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie California Plaza Hala BAHIA Carrefour ex Pharmacie Casablanca Bd. Panoramique Carrefour Market California Tél : 0522 52 48 02	14/04/2023	772,20 dh

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
		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. <b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

**Dr. Salwa CHAFAÏ**

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,  
Gastro-entérologie, Nutrition et  
Endoscopie Digestive Pédiatriques  
Lauréate de la faculté de médecine  
de Casablanca et de l'université Paris V

**الدكتورة سلوى الشافعي**

أستاذة في طب الأطفال

اختصاصية في أمراض الكبد الجهاز الهضمي  
التغذية و التشخيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
وجامعة باريس V

Casablanca, le .....

14/04/2023

ESSAÏE LilyA



325,00

- 1) In fanix hexA (Vaccin) S.V.  
2) Dure 21000 ui : 1 ampoule S.V.  
3) Nacharia A.R. S.V.  
4) Lipisar A.P. baime : tout le corps / tout les S.V.  
5) Locatop neu S.V. 1 fois / 1 jupé d  
dispositif des den

**Dr. Salwa CHAFAÏ**  
Professeur de pédiatrie  
Bd. Abdelmeuenn Räs, Koutoubia  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 61  
ICE: 002106039000093  
INP: 091034447



56, شارع عبد الرحيم بوعبيد، زاوية زنقة إيبليس - فضاء مكاتب الوازيس - الطابق الخامس - الدار البيضاء

56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

الهاتف : 05 22 23 88 60 - GSM : 06 61 15 36 77 - المحمول : 05 22 23 88 60

البريد الإلكتروني : E-mail : salwa.chafai@gmail.com

# LOCATOP® 0,1 %

Désoride 0,1 %

Crème Usage local

■ ID

Déno

Comp

Désor

Vaseli

éther

(EMU

de so

Pour 100 g.

Forme pharmaceutique : Crème, tube de

Classe pharmaco-thérapeutique :

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermat

■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDIC

Ce médicament est préconisé dans c  
maladies de peau comme l'eczéma de co  
dermatite atopique, le psoriasis, mais votre  
peut le prescrire dans d'autres cas.

■ ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament ne doit pas être utilisé dan

LOT : 23E005  
PER.: 01 2026

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

P.P.V : 30DH00



PPV: 56,30 DH

LOT: 22B23D

EXP: 02/2024

Saïm Surgnas -

**Infanrix** hexa 6

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut 89  
1330 Rixensart, Belgique  
©2009/2016 GSK group of companies

GlaxoSmithKline Maroc :  
Ain Aouda,  
région Rabat

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 325,00 DH  
ID: 648847  
118001140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
Uniquement sur ordonnance

V.2