

## 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

- 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° W21-783684

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **13330** Société : **Royal Air Maroc**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **OUHRAAL I Abdelhakim**

Date de naissance : **06/06/1996**

Adresse : **Ait' Alouane Souk Lakhsin Dades Tinghir**

Tél. : **06 51 07 14 76** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Pr. Fouad HADDAD**

Cachet du médecin :

**Hépatogastro  
Entérologie-Proctologie**  
Clinique Dar Salam 708, Bd. Mohamed V  
Casablanca - Tél. 05 22 22 14 14

Date de consultation : **02/09/2023**

Nom et prénom du malade : **BENTISSE HAJAR**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affecti**

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 : **02 / 09 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
02/09/23	Cs		4000M	INP : 09 14 59 53 Pr. Fouad HADJALI Hépatologie - Proctologie Gastrologie - Endocrinologie Généraliste - Pédiatrie Gynécologie - Obstétrique N° 09 14 59 53

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL KOUILA 09 14 59 53 Tél : 0522 89 42 76 Indépendance Médicale (Distribution)	02/09/23	698,80

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	

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 canalaire, 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





مصحة دار السلام  
**CLINIQUE DAR SALAM**

Casablanca, le 02/05/2023

BENTISSE HAJAR

Prendre:

(S.V)

PHARMACIE ANNE OULEA  
Riad El Oufi GH 40 (ex GH) N° 151  
Tél: 0522 89 42 70  
Instituteur Médical et Dentiste

14450  
- Euzol 20mg gélule

4050 x6 1 gélule 3 fois à jeun α 1ms

- Tardyferon 30mg Cp

2450 1 Cp α 2j ays' repas α 3ms  
- Alflorex gélule

5630 1 gélule 3 fois ays' repas α 1ms

- D-Cure Amp buccale

6888.5 1 Amp / semaine α 1ms

**URGENCES 24/24** مستعجلات

Pr. Fouad HADDAD  
Hépatogastro-  
Entérologie-Proctologie  
Clinique Dar Salam, 728, Bd Modibo Keita  
Casablanca - Tél: 05 22 85 14 14  
GNP: 051195063



319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041

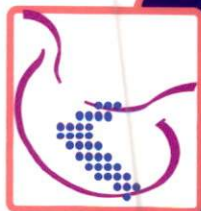
**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

PHARMAS

ملغ  
20

إزومبرازول

وحادات خبيثة مقاومة للمضادة المعدية

كبسولة  
عن طريق الفمSYMBIOSYS  
**alflorex®**

## — Pourquoi Alflorex® est-il unique ?

Toutes les souches bactériennes ne sont pas équivalentes et chaque souche est spécifique même au sein de la famille des bifidobactéries. L'approche scientifique d'Alflorex® et plus de 15 années de recherche ont permis de mettre au point une nouvelle génération de souches bactériennes.

## — Combien de temps faut-il prendre Alflorex® ?

Prendre 1 gélule d'Alflorex® par jour pendant 4 semaines. Une période d'adaptation est transitoire et normale. Il est important de continuer à prendre Alflorex®.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.

CE N°DA20181706751DMP/20UCA/MA<sub>v3</sub>

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC BP 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C : 245,00 DH



PPV: 56,30 DH  
LOT: 23810D  
EXP: 02/2025

4 ampoules buvables

# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

Cholécalfcérol 25 000 UI  
Vitamine D3



Importé par : **Ergo**maroc

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 279/20dmp/NRQd



**SMB**

*1 ampoule par semaine*