

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23- 020911

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12537 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAKNIZI AHMED  
Date de naissance : 07/12/1985  
Adresse : Rés KPC Imm: Appt M. Mohammedia  
Tél. : 0669122475 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL BAZ IMAN  
Médecin Généraliste  
33, rue Palestine, Riad 2 Allé  
Tél. : 05 23 30 81 34

Date de consultation : 01/11/2023  
Nom et prénom du malade : L'enfant Laknizi Taha Age : 2ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection fessipia - affection dermatologique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 80  
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) : .....

### 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



[illegible][illegible][illegible]

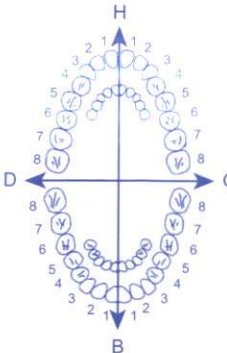
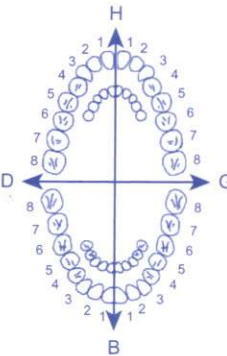
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

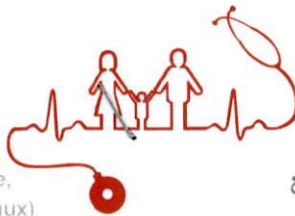
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Iman EL BAZ

Médecin Généraliste



Diplôme universitaire en gynécologie,  
suivi de grossesse et infertilité ( Bordeaux)

Diplôme universitaire D'échographie ( Rabat)

ECG - Cupping thérapie

د. إيمان الباز

طبيبة عامة

دبلوم جامعي في طب النساء و تتبع  
الحمل والعقم (بورودو)

دبلوم جامعي للفحص بالصدى (الرباط)

تخطيط القلب - الحجامه

Mohammedia, le 01/11/2023 المحمدية, في



L'enfant Laknizi Taha

P: 11kg

Lot : 25,00  
Per :  
PPV :

Erlus®  
sirop 60 ml



25,00

1) Erlus sirop



1/2 can x 1 j -

99,00

2) Derma sept spray



1 A, 10 app x 3 j -

3) Algofene sirop



1 dose N° 11 / 6h si fièvre.

PHARMACIE PALMIER  
Res Palmier, Ange Bd Zerkouni  
et Ausselmoumen, Imm "B", N°4  
Mohammedia - Tél: 05 23 32 38 55

DERMASEPT®  
SPRAY

LOT: 0843  
EXP: 02/26  
PPC: 99.00DH

LOT : 2160  
UT. AV: 08/25  
P.P.V: 17 DH 00



60,00x4  
4) Ferplex Long

1/2 flacon x 1/jr pdt 03 mois

5) Bedia Kids Vitamins

1/2 can x 1/jr pdt 01 mois

381,00

DR. EL BRAZILIAN  
Généraliste  
3308234

**PHARMACIE PALMIER**  
Res Palmier, Angle Bd Zerkouni  
et Abdelmoumen, Imm. "B", N°4  
Mohammedia-Tel: 0523323895

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016