

## 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.

### Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

5 : 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° S19-0005342

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12448 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AYOUCH GHITA Date de naissance : 15/11/1988

Adresse : 119, DOUANE DE DAB, DAB BOUAZZA

Tél : 0662773872 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ANSAR Abdelkarim  
Médecine Générale  
Lot 28 Littoral II Dar Bouazza  
Tél : 05 22 29 08 62

Date de consultation : 03/12/2020

Nom et prénom du malade : AYOUCH GHITA

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Etah gopoul - RFA Covid

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) :

Ghita Ayouch





# 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
03/11/2020	C	1	100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ELABIDINE Route 12 Km 11 Dar Boua Tel: 05 22 29 03 71	03/11/2020	384,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

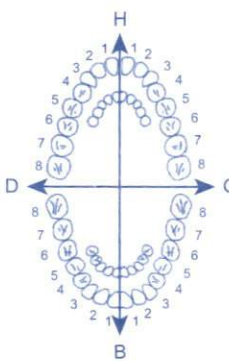
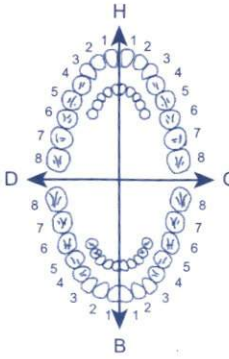
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT 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																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

**Docteur Ansar Abdelkerim**

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh  
**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux  
R.D.C lot. littoral II - Dar Bouazza  
Tél./ Fax : 0522 29 08 62

**الدكتور أنصار عبد الكريم**

الطبيب الرئيسي لزواوية الشيخ سابقا  
**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم  
رقم 28، الساحل II دار بوعزة  
الهاتف والفاكس : 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : ..... 03 - 12 - 2020 ..... دار بوعزة في:

Ayouct BARRA

16812 + 2  
① Augmentin 1g  
Aug + 2 1g x 3  
Doliprane 1g  
1g x 3  
2015 0 Doliprane  
1g x 3  
Zinacine

384.240 1g x 2  
Dr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
Lot 28 Littoral II Dar Bouazza  
Tél. 0522 29 08 62



Docteur Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh  
**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux  
R.D.C lot. littoral II - Dar Bouazza  
Tél./ Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنصار عبد الكريم

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا  
**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم  
رقم 28 . الساحل II دار بوعزة  
الهاتف والفاكس : 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : ..... 03.04.2020 ..... دار بوعزة في:

Ayouch GHITA

Prés Letr Covid. 19 PCR

Jr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
lot. 28 littoral II - Dar Bouazza  
05 22 29 08 62





LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
RACINE

**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**FACTURE N° : 201203222**

Casablanca le 03-12-2020

INPE :



093061422

**Mme Ghita AYOUGH**

Date de l'examen : 03-12-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E
	PCR COVID	E700	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirham

LABORATOIRE TOUZANI  
RACINE  
50 Bd. Ain Taoujtate  
20120 Casablanca

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Ain Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547824000050 CNCC : 511222



poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 619311  
PER: 02/21





poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 619311  
PER: 02/21

