

## 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

- Reclamation : 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 P1 Morloge  
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° W19-578785

ND: 59645

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12538 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Licencié  
 Nom & Prénom : JAAIDANE Youssef  
 Date de naissance : 23/12/1988  
 Adresse :  
 Tél. : 0661833085 Total des frais engagés : 287,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/11/2020  
 Nom et prénom du malade : JAAIDANE  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Rhumatisme  
 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 : 21/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|                                        | 15/10/2020 | 37,70                 |

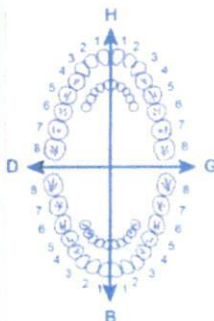
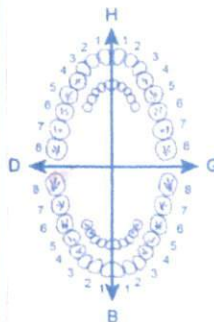
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|  | <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 |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                         |
|                                                                                      | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | 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

**Dr. Fatima-Zahra MASROUR**

**Pédiatre**

Ancien Médecin Interne au C.H.U. de Lyon, France  
Ancienne praticienne au C.H.U Avicenne, Rabat

- Diplômée en **Dermatologie pédiatrique**  
(Faculté de Nice, France)
- Diplômée en **Nutrition pédiatrique**  
(Faculté Paris Descartes, France)
- Diplômée en **Infectiologie pédiatrique**  
(Faculté Paris V, France)

**الدكتورة فاطمة الزهراء مسرون**

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ليون (فرنسا)

■ اختصاصية في طب أمراض الجلد عند الأطفال  
(كلية نيس-فرنسا)

■ اختصاصية في التغذية عند الأطفال  
(كلية باريس-فرنسا)

■ اختصاصية في الأمراض المعدية و المعديّة عند الأطفال  
(كلية باريس-فرنسا)

Rabat, le **15 OCT 2020**

الرباط في

**JAHADANE Omar**

21,40

1) Butyrol sup

1 cuillère x 2/3 pot 8 jours

16,30

2) adaxon Elixir

1 cuillère / 7 pot 5 Jours

1 = 37,70

**PHARMACIE L'AVENIR**  
Benhsain Epouse KABLI  
Docteur El Masroun  
23, M3, Av. El Maja, CYM-Rabat  
Tél.: 05 37 79 88 71

40 زاوية ابن سينا، زنقة 16 نونبر الطابق الأول، رقم 2 - أكدا - الرباط

40, Angle Av. Ibn Sinaa, Rue 16 Novembre 1<sup>er</sup> Etage N° 2, Agdal - Rabat

Tél: 05 37 67 19 85/86 GSM: 06 10 61 43 93 - 06 62 13 21 10 - Fax: 05 37 67 19 86

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

**BUTAMYL®**



Salbutamol

Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



مختبرات كَالِينِيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

16,30

**Oradexon**

**Elixir pour enfants**

**100 ml**