

## 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 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° W19-570434

56878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11764

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI SANAA

Date de naissance : 13/01/1976 à Casa

Adresse : 39, Rue Abda, Rés. MYRAMAR 2

Qu. Cuba, Casa

Tél. : 0611 98823

Total des frais engagés : 436,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YOUSSEF BENSARI Latifa

Rhumatologue - Ostéopathe

283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca

Tél. : 05 22 39 99 57

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : Sanae

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : El entablant

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 : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie - N° W19-570434

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : MANSOURI

Total des frais engagés : 436,00

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

[illegible]

Dr. BOUTAIB BENSANI Larbi  
Rhumatologue - Ostéopathe  
33, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 09 57

[illegible][illegible][illegible]

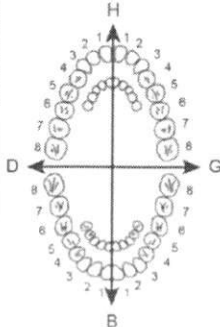
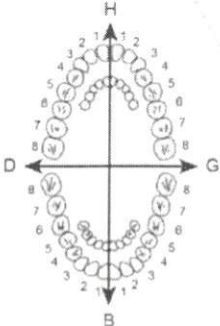
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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 DENTA RES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	25533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	25533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**  
RHUMATOLOGUE



الركنورة لطيفة بوتيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)  
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)  
Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca

Casablanca, le 23 NOV 2020

الدار البيضاء، في

## ORDONNANCE

À Monsieur Samir

Duval

37.00

14 ml

14 ml

24 ml

Relaxium 300

39.00

141; 6 Sn

136.00

Dr. BOUTAIB BEN SARI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 57

# Relaxium<sup>®</sup>

## B6

375 mg



*1 gélule par jour*

COMPLEXE RELAXANT

100 % magnésium  
vitamine B6

LOT: 200337  
DLUO: 10/2023  
99,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable



148-147 ZI. Tit Mellil - Casablanca

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

# DUOXOL<sup>®</sup>

Paracétamol / Thiocolchicoside

## 500mg/2mg

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 POLYMÉDIC

 500mg/2mg 

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00