

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-650328

94620

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3682 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SKALLI FOTTAHI KHALID  
 Date de naissance : 08/08/66  
 Adresse :  
 Tél : 0661065395 Total des frais engagés : 604,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/09/21  
 Nom et prénom du malade : Benjelloun ep. Skalli Nbrg  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle - Constipation  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 01 / 12 / 21

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
21/09/21	C		150,00	INP : 954000020

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Abderrahim KABBAA Pharmacie RESIDENCE NAB Centre Commercial Nadi 281 (A. Ibrahim Bouda) 05 42 27 75 61	21/09/2021	454,80

### 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 :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur DEBBARH La

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

LOT : 6456  
UT. AV : 01-26  
P.P.V : 47 DH 20

الدكتورة الدباغ ليلي  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالرباط  
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 21/9/21

Benjelloun ep. Skalli Nora

47,20

(SV) - Trimetazol gel

1 gel ava

46,-

(SV) - Dipetidine gel

1 gel à jeun x 14j

15,30

(SV) - Gastrogel cp sucré et cro  
1 cp 1h après

6330  
1

(SV) - Bacteryl gel

2 gel à 16 h

50,-

(SV) - Triadigest sal

LOT 210181 1  
UT. AV 01-26  
P.P.V 46,00

46,00

gastrogel®  
Boîte de 40 comprimés  
PPV: 15,30 DH  
6 118000 190455

LOT: 210017  
DLUO: 01/2024  
63,30 DH

Fabriqué par: Deva  
146-147, Zone Industrielle  
T1 Mellil - Casablanca

PPC 50,00

- Relaxium 375

99 - 1/2 le soir

SV

- Cibabax sach

134 - 1 prise /

le matin après petit  
déjeuner

T = 454,80

ANT  
LOT: 210216  
DLUD: 04/2024  
99,000H

Dr. Abderrahim RABBA  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56

Docteur DEBBARH Laila  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia - Casa  
Route d'El Jadida - Nador - Casa  
Tél: 05 22 98 25 57

# CIBALAX<sup>®</sup>

FOS - *Bifidobacterium lactis*

12 sticks de 5g



PPC : 134 DH 00

Certificat N°: DA20181802166DMP/20UCA/v1

À consommer de préférence avant / 01 2023  
Lot : SG21002

