

## 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.

### 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - 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° W21-706738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 929 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Douini Khadija  
 Date de naissance : 13-12-1990  
 Adresse : Lot Tissir N°04 DAR Bonza Casablanca  
 Tél. : 06 67 46 54 66 Total des frais engagés : 786,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19 MAI 2022  
 Nom et prénom du malade : Khadija Douini Age : 18/04/22  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Dentaire  
 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 : 19/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
18/04/22		CS	300	INP : 091795554

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Fouad Filali Aoual Tél: 0664 290 390 INPE: 092103340	18.04.22 18.04.22	5418 432.10

### ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





## Dr. Laila DAOUI

Dermatologue

- Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca
- Diplômée en Dermatologie esthétique et chirurgicale de l'Université de Versailles - Paris
- Ancienne Interne au CHU de Besançon - France

Casablanca, Le : 8 / 4 / 2022

Patient : Khadija Dou

Maladies de la peau,  
Ongles et Cheveux

Chirurgie  
Dermatologique

Dermatologie  
pédiatrique

Dermatologie  
Esthétique

- Botox
- Comblement
- Mésothérapie
- PRP
- Peeling

Lasers  
Dermatologiques

- Epilation laser
- Cicatrices
- Varices, couperose
- Détatouage

Maladies sexuellement  
transmissibles

20.10

① Cleindon crème



30.4

soin



② Shiner sole. C. h. l. =

54.4

curdure

Le soir → 12.

15.12 → 12

10.20.12



100, شارع مولاي إدريس الأول، إقامة تنعيم، الطابق الأول الشقة رقم 1، حي المستشفيات - البيضاء

100, Bd Mly Driss ler, Résidence TANAIM, Etg. 1 Appt 1

Quartier des Hôpitaux - Casa

Tél.: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr

43212

⑤ Valia 50 mg cp



1 cp - f mlt 6m

Dr. Fouad Filati Aoual  
Dermatologue, Venereologue  
100, Bd Moulel, Pcs. 10000  
Tél: 0522 842 000  
INCE



30g

30g

LOT : 3411  
UT. AV : 09 - 24  
P. P.V : 34 DH 70

# Skinosalic<sup>®</sup> Skinosalic<sup>®</sup>

## Lotion

Voie cutanée

Bétaméthasone (dipropionate)  
et acide salicylique.

**Ne pas avaler**

Conserver à l'abri de la chaleur

Skinosalic Lotion  
Flacon de 30g



6 118000 091578

# VALEX<sup>®</sup> 500 mg

Valaciclovir



Voie orale

42

Comprimés enrobés



## VALEX<sup>®</sup> 500 mg

### Composition :

Valaciclovir ..... 500 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p. ....

1 Comprimé enrobé

Voir la notice pour plus d'informations

### التركيب :

فالايسيكلوفير ..... 500 مغ

السواغ (بما فيه اللاكتوز) بما يكفي

قرص واحد مغلف

انظر النشرة لمزيد من المعلومات

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)

Fabriqué par :

PROMOPHARM S.A

Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc



4  
3  
2  
1  
0  
T  
O  
L  
P  
R  
E  
P  
P  
V  
4  
3  
2  
D  
H  
0  
0



2CS0049.V01

134x35x26

NE PAS AVISER

التركيب :  
بكلوميتازون ديبروبيونات (د.س.أ) ..... 0,025 غ  
سواغات (بما فيها بروبيلين كليكول) لأجل ..... 100 غ  
لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظ به في حرارة لا تتعدى 25 درجة  
اقرأ النشرة قبل الإستعمال

# Cleniderm®

Béclométasone dipropionate

Crème dermique

Tube de 30 g



## Composition :

Béclométasone dipropionate (D.C.I.) ..... 0,025 g  
Excipients (dont Propylèneglycol) q.s.p. .... 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver à une température ne dépassant pas +25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation



2CS0176.V01

# ك لينيدر م

بكلوميتازون ديبروبيونات

أنبوب 30 غ

دهن جلدي

Cleniderm® crème  
Béclométasone dipropionate  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241195

20,00

21002  
0124  
20100



Cleniderm®  
Béclométasone dipropionate  
crème  
Tube de 30 g