

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-683470  
N° 6810



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1894 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

237 Clinique Anti Mohammmedia

Bd Sébta La Colline Mohammmedia

Hépatologue

Gastro-Entérologue

YAKINE Saloua

Tel 05 23 31 60 80 / LG

Fax 05 23 31 60 80

Age :

Date de consultation :

22/03/2010

Nom et prénom du malade :

Allal Ben Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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) :

### RELEVE 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
29/05/2025	Chirurgie	300,00	INP : 09M138982	DR. KARIM SALOUA Gastro-Endocrinien Hépatologue Clinique Alain Mohand Saloua El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06
22/05/2025				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUJA CASA S.A.R.L.A.U. Angle Bd Chabat et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06	2015/22	377,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

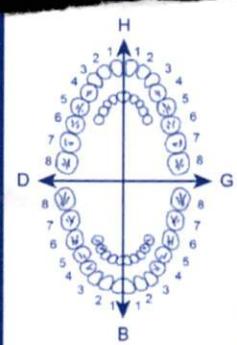
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

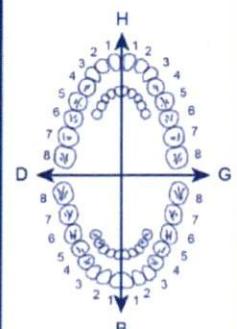
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

مصحة أنفا - المحمدية  
**PHARMACIE OULMES CASA**  
 S.A.R.L.A.U  
 Angle Bd Ghandi et Yacoub  
 El Mansour - Casablanca  
 Tél: 0522 36 08 06

Mohammedia, le

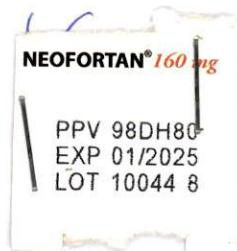
27/05/22

Mr ou Mme :

LAHLOU Aïcha

① CIBALAX 134,00  
 1 sachet 1/2 teudi

② Nesfortan 98,80  
 1 p 2 3 1



③ Librax 21,00  
 1 p 2 1 1/2 j/pf

SYNTHEMEDIC  
 22 rue ouelair bni al ouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM  
 40 mg  
 Boîte 14  
 641150MP21ANQ  
 P.P.V: 123,60 DH  
 6 118001 020607  
 -Enterologue  
 -Gastrologue  
 INE Sabor 2  
 Mohammedia  
 Tel: 05 23 31 25 25  
 Fax: 05 23 31 25 25

377,60  
 PHARMACIE OULMES CASA  
 S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
 El Mansour - Casablanca  
 Tél: 0522 36 08 06

237, Bd. Sebta la Colline - Mohammedia - Tel: 05 23 31 25 25 / 05 23 30 06 86 / 87  
 Fax : 05 23 31 25 25 - Patente N° : 39551000 - I.F N° 39101187 - O.N.S.S : 6627808 - ICE : 001715096000014

**AX<sup>®</sup>**

*Lobacterium lactis*

12 sticks de 5g



**PPC : 134 DH 0<sup>€</sup>**

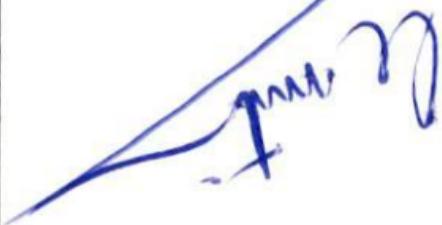
A standard 1D barcode representing the product number.

5 420044 310395

2023  
21003

# CIBAL

FOS - Bifio



Certificat N°: DA20181802166DMP/20UCA/v1

À consommer de préférence avant /

Lot :

05

SG.

## **COMPOSITION :**

Clidinium bromure (DCI) ..... 2,5 mg

Chlordiazépoxide ..... 5 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé dragéifié

Excipients à l'effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax® 5 / 2,5 mg** 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:22015 PER:01/2025  
PPU:21,00 DH

Fabriqué sous  
par les :  
ZU