

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETES

## 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
- 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

M22- 0010485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6602

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABOANE Omar

Date de naissance : 22.3.1956

Adresse : Lot Haj Fatéh . 677. ap 3 Case Oulfa

Tél. : 06 67 52 35 81

Total des frais engagés : 898,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 04 AOÛT 2022

Nom et prénom du malade : OUADY BOUCHRA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie + tumeur

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

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) :



# 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
28/06/22		C1=200,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STÉ PHARMACIEN CASABLANCA Lett. Hajji: 20 Rue 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 24	28/06/22	698,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

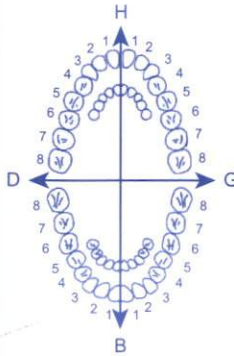
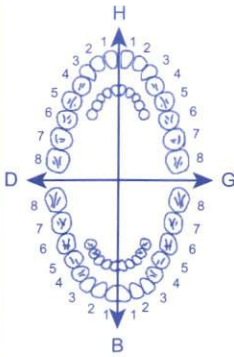
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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														
				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 DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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. Arafra Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيينة

Médecine Générale  
Diplômée en Echographie  
par l'Université Hassan II  
Médecine de travail

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

Casablanca, le 28/06/2022 : الدار البيضاء، في :

Quaddy Sucha

1) Gabline 2

14 pte se

2) Cordalgie

43,50 14 X 2 / 7

3) Ibermax 15

**GABLINE®**  
Prégabalin  
LOT 220695  
EXP 03 2024  
PPV 255.00 DH  
**75m**  
56 gélules

LOT: 17321001  
PER: 03/2024  
PPV: 43,90 DH

25,00



4) Diovanor 600  
133,60 14 / plante a

133,60

5) Veinaxyl creme  
82,50 10 / x 2 / x

6) Oxy Bru  
52,80 18 / x 2 / x

**Dr. ARAFAT KINA**  
Medecine Generale - Epinephie  
Bd. Oued Sebou, Rue 1/4  
Tél/Fax: 05 22 91 12 77  
INP: 091 01 19 73 / ICE: 002403415000034

LOT 210583  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

7) Primidone NOR  
10 / x 2 / x

8) Deemoxyl creme  
17,40 10 / x 2 / x

**Dr. ARAFAT KINA**  
Medecine Generale - Epinephie  
Bd. Oued Sebou, Rue 1/4  
Tél/Fax: 05 22 91 12 77  
INP: 091 01 19 73 / ICE: 002403415000034

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
6 118000 161295

**STEPHARMACIE HANZA**  
CASABLANCA  
Lett. Hajj Farah Rue 6 N° 3 Loc 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



191

44,20





191

44,20



# **VENOXYL**

## **GEL**

### **COMPOSITION :**

- Aqua
- Alcohol denat
- Carbomer
- Arachis Hypogaea
- Menthol
- Triethanolamine
- Benzophénone 4
- CI 42090
- CI 19140

**VI** VF70 0225 **L**  
LOT PER  
Prix 82.50

### **PROPRIETES :**

**VENOXYL GEL**, grâce à l'origine, lutte efficacement contre :

- lourdeur et pesanteur des jambes
- Sensation de chaleur des jambes
- Mauvaise circulation

**VENOXYL GEL** par son action décongestionnante apporte aux jambes fatiguées une sensation immédiate de fraîcheur, hydrate et redonne élasticité à la peau.

### **CONSEILS D'UTILISATION :**

- Prendre une noix de **VENOXYL GEL** pour chaque jambe dans le creux de votre main
- Étaler **VENOXYL GEL** en remontant de la cheville à la cuisse jusqu'à absorption complète du produit
- Pour un meilleur résultat, il est recommandé d'appliquer **VENOXYL GEL** 2 fois par jour
- Convient à tous les types de peaux
- Ne tâche pas.

### **PRECAUTION D'EMPLOI :**

- Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 30 mois.

### **PRESENTATION :**

Tube de 40 ml

USAGE EXTERNE

LABORATOIRES



CARILENE

**LABORATOIRES CARILENE**

7, RUE du CHANT DES OISEAUX

78360 MONTESSON

FRANCE

Dr. Arafat Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيينة

Médecine Générale  
Diplômée en Echographie  
par l'Université Hassan II  
Médecine de travail

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

Casablanca, le : 04/08/2022 : الدار البيضاء. في :

Attestation Médicale

Je soussigné

Dr. ARAFAT SAKINA  
Médecine Générale - Echographie  
Bd. Oued Sebou - Rue 174 N° 65  
Tél/Fax: 05 22 91 12 77  
INP: 091 01 19 73 / ICE: 002103415000034

declare au vu d'une ec28/26/2022

que Oueddy Bouche afe de 10 ans  
qui porte de deux marraff  
de 2 mois au jour (Marrakech)  
avec un trouble récurrent de  
cycle en rapport avec son état



physiologie de Remensfance  
ce qui justifie la haute  
présent.

mpk.