

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-595837

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5666 Société : 145 127  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : BOUADI HABIBA Veuve ALHASSANI  
Date de naissance : 01/01/1958  
Adresse : Hay INARA 1, Rue 12, numéro 10,  
Ain Chock, CASABLANCA  
Tél. : 06 72 14 20 80 Total des frais engagés : 543,10 DHC Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelmalek AKIL  
Spécialiste en Médecine Interne  
Hay Inara 1, Rue 12 N°12 Ain Chock  
Casablanca - 05 22 50 84 43

Date de consultation : 01.12.2022  
Nom et prénom du malade : Mme Nabils BOUADI Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjointe ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Ulcères peptiques récidivants  
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
01.12.82	Abdelmalek Amlil	1	300 DH	INP : 091998388
07.12.82	Contab	1	—	Docteur Abdelmalek Amlil

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Prescrit par le Pharmacien ou le Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DAKARA</p> <p>91, Avenue Laktia</p> <p>Hay el Kasabla</p> <p>Tél.: 02 50 22 50 22</p>	02/12/22	213,10

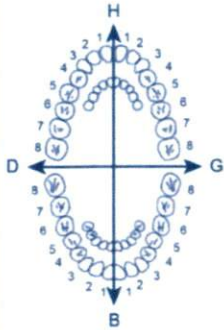
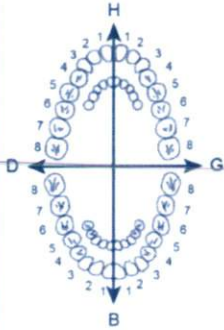
[illegible][illegible]

# 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 DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abdelmalek akil

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Tél.: 05 22 50 84 43

GSM : 06 69 73 51 33



## الدكتور عبد المالك عاقل

إختصاصي في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف: 05 22 50 84 43

المحمول: 06 69 73 51 33

## وصفة الدواء Ordonnance

Casa le : 07.12.22

Nom :

Enne Habib

البيضاء في :

الإسم :

15,70

1. SERUM BICARBONATE

45,80 2 ampoules de Celestene

811 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
S.P. 138 Bouetoura

سير بعد الأكل مع إبقاء الدواء خمسة دقائق  
في الفم قبل (S.V) مدة 2 مدة 2 يوما

33,00

2. DAKTARIN (27.1 buccal gel)

ساعة بعد الأكل صابا  
زوال مدة 2 يوما صابا

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V. : 53,00

47,80

3. DASEN (4)

حبة وسط الأكل صابا  
زوال مدة 2 صابا  
47,80

PPV :

EXP :

Lot N° :

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064



5 - METEOSPASYL (cont)

بالا  
نحوه (نسخه)  
40.40 x 2 = 80.80

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

(S.V)

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Docteur Abdelmalek  
Spécialiste en Médecine Interne  
Hay Inara 1, Rue 12 N° 12 Air.  
Casablanca - 05 22 50 84 43

243, 10

**PHARMACIE DAKHLA**  
91, Avenue Lakma  
Hay el Inara 1 - Casablanca  
Tél.: 05 22 50 10 82