

## 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  
 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

## Déclaration de Maladie

N° W21-784914

11/29/32



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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9037 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : FARIS LOUBNA

Date de naissance : 08/01/1985

Adresse : 74 les vallas n° 3 den Bouzaga

Tél. : 066465786 Total des frais engagés : 3400 + 206 = 3606 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 26

Date de consultation : 26

Nom et prénom du malade : FARIS LOUBNA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ASTROGASTROENTERITE

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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. AL AYACHE Pharmacie 29, Ksar Boulaizza CASABLANCA</i>	26/04/23	206,00
<i>Dr. AL AYACHE Pharmacie 29, Ksar Boulaizza CASABLANCA</i>	26/04/23	213,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



1

Casablanca, le 26 JAN 2023 الدار البيضاء, في

I-FARIS LOUBNA

32,90

Dogmatil 50mg 15

1 gél x 10

1 gél x 10

2,00  
librox

1 gél x 10

1 gél x 10

13,20  
1 gél x 10

Roxane 20

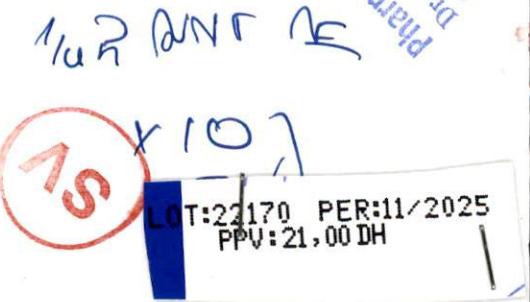
10/10 gél x 10

38,50  
NEUTRAL 20

هذه رأوفة تباع عن طريق التوصيف · مطبقة على النازل · عمارة «فلاط» حي الباشيل الدار البيضاء، المغرب  
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen · 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Fiat - Jeep » quartier Palmiers · Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 88 · Tél. Fax : 05 22 25 99 87 · Urgence : slaoimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF · محطة ترامواي وفاسلف عبد المؤمن





Casablanca, le 26 JAN. 2023

Mr. FARI S. WBNNA

SULRID 50 mg  
1/2 1/2 1/2

52,80x2

PROTON 50 mg 2x2

103,60

AMOXIL 1g

192,60x2

ZECULAR 50mg

49,80x2

FEOSYL 50mg

719x20

(S)

(S)

1

(S)

(S)

(S)

(S)

020

LOT B0293

EXP 11/23

PPV 52DH80

LUT A0375A

EXP 05/23

PPV 52DH80

192,60

192,60

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI  
Spécialiste Hépato - Gastro - Entérologue  
Proctologie Médico - Chirurgicale  
ENDOCHIRURGIE  
32 Rue Soumaya - Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 25 99 87  
Fax : 0522 25 99 82

82, rue Soumaya, angle boulevard Abdeloumen · 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Flat Jean », quartier Palmiers · Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 · Tél. Fax : 05 22 25 99 87 · Urgence : slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF

مختبر طرامواي وفاسلف عبد المؤمن