

# 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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0044079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2494 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Selmaoui Malika rue Kadi  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Selmaoui Malika Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.02.2023	6170

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.02.2023		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

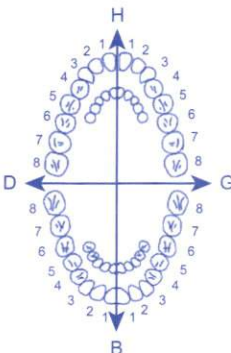
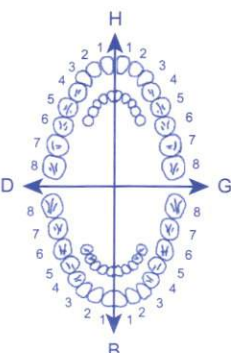
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] 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

**PHARMACIE RYAD AL FATH**

6 IMM144 GH 22 LOT FATH 3

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 32961302

N° R.C. : 446097

N° ID.F. : 37710751

N° CNSS : 5945996

Tel : 0522893544

Fax :

SLMAOUI MALIKA

I.C.E. :

N° ICE 002328597000080

Le : 13/02/2023

**FACTURE N°: 103/23**

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	RINOMICINE SACHETS.10	22.70	22.70
1	DOCIVOX CP	39.00	39.00

**TVA 7%: 1.49**

**Total : 61,70**

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

PHARMACIE RYAD AL FATH SARL AU  
6, Imm. 144 GH 22 Lot. El Fath III  
Casablanca - Tél: 05 22 89 35 44  
06 2 11 39 23

PHARMA

LOT : 5060

UT.AV: 12-25

PPV : 22DH70

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'essence de menthe.
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur, des caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit sont garanties.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 30 jours.
- Tenir hors de la portée des enfants.

#### COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Thym (Thymus vulgaris); Feuille de Mauve (Morus nigra); Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique. Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation du Ministère de la Santé n°: DA 20171612029DMP/20UCAv1



**Spray**  
Voie orale

# Docivox<sup>®</sup> Spray

Calme l'irritation et Soulage la douleur de la Gorge

#### PROPRIETES :

Docivox Spray gorge offre l'avantage d'une application très ciblée. Il permet de tapisser directement la muqueuse oropharyngée pour un effet immédiat.

Docivox Spray gorge est doté d'un embout pulvérisateur directionnel qui facilite l'application, notamment sur les parties de l'oropharynx difficiles d'accès.

Docivox Spray gorge est à base d'actifs naturels ayant des actions antiseptiques, adoucissantes et hydratantes.

Grace à ses propriétés, **Docivox Spray gorge** est un adjuvant spécifique pour le traitement des irritations de la sphère oropharyngée provoqués par le froid, les allergènes, la fumée, la pollution, les infections virales ou bactériennes externes.

**Docivox Spray gorge** permet un confort de la gorge irritée par soulagement de la douleur, ainsi qu'une sécheresse de la gorge, des picotements ou une difficulté à déglutir.

**Docivox Spray gorge**, grâce à sa formulation sans alcool ni conservateurs, est adapté à l'usage chez l'enfant.

**Docivox Spray gorge** au goût miel - citron est apprécié par l'adulte et l'enfant.

#### COMPOSITION :

Extrait fluide de Thym; Miel, Citron (arômes); Glycérol; Glycosides de stévia.

#### CONSEILS D'UTILISATION :

Utiliser l'embout pulvérisateur de