

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-790944

✓ 79377



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

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

### Optique

### Autres

Matricule : 302 Société : ✓

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : DABBI EL KEBIR

Date de naissance : 21/07/1938

Adresse : Rue Ain Asserdaou Hay Slaoui

CA3ABLANCA

Tél. : 06 82 38 93 36 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : DABBI EL KEBIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Coiffe des malades

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

✓ 79377

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-790944

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 302

Nom de l'adhérent(e) : DABBI EL KEBIR

Total des frais engagés : 1492,70

Date de dépôt : 18/10/2023

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOON Saïd Docteur en Pharmacie ASSALA Al Hazz BERREKA G	26/9/23	3112,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CHICHESTER HOSPITAL</i> <i>SECTEUR PEDIATRIQUE - CASSES</i> <i>DR GENEVIEVE DE LAURENT</i>	<i>26/03/23</i>	<i>Radi</i>	<i>100,00</i>

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

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>  	<b>Dents Traitées</b>  (This row is empty)	<b>Nature des Soins</b>  (This row is empty)	<b>Coefficient</b>  (This row is empty)	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 PROTHÈSES 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 style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

Casablanca, le : \_\_\_\_\_

## ORDONNANCE

Casablanca le 26/9/2023

Mr DAHBI El Kbir  
30,00

1/NODOL 400

1 cp trois fois par jour pendant 10 jours  
79,00

2/MEFSAL 15

1 cp par jour pendant 14 jours  
52,80

3/OEDES 20

1cp par jour pendant 14 jours  
89,50

4/NEW FLEX ROLL(Bleu)

1 app deux fois par jour pendant 21 jours  
2x45,70

5/COLTRAX

1 cp par soir pendant 21 jours

T, 342,70

مصحة غاندي  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
2, Rue ASSALAM, Hay Al Houar  
Casablanca  
05 22 99 90 00

P.D.COTIFEN  
Clinique Générale  
Chirurgie, Radiologie, Médecine Générale,  
Gynécologie, Obstétrique, Endocrinologie  
et Diabète, Néphrologie, Maladie des Os,

مصحة غاندي  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
2, Rue ASSALAM, Hay Al Houar  
Casablanca  
05 22 99 90 00

# GEL RAFRAÎCHISSANT INSTANTANÉ

Contient des huiles essentielles de plantes naturelles et rafraîchissantes.

Avec une bille pratique pour l'application sans contact avec les mains. Sans parabène.



# أوديكس

أوميبرازول



ملغ 20

عن طريق الفم

OEDES

20mg  
14 gélules



6 1118001 100071

حبوب صامدة للعصارة المعدية في برشامات



Comprimés sécables

20 x

MEFSAL® 15 mg  
20 comprimés sécables



COOFER  
PHARMA

MEFSAL®  
*mefloquine*



Voie orale

15 mg

LOT 211148  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

le Ao ir

**Coltrax® 4 mg**



12 comprimés



6 118000 120322

més

4 mg

**Coltrax**

THIOCOLCHICOSIDE

# No-Dol®

Ibuprofène

30 comprimés pelliculés

VOIE ORATE



400 mg

f

précautions

LOT : 23EU01  
PER.: 02/2026

NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL 830  
P.P.V : 30DH00



SANOFT

Casablanca, le :

Pr. D. COHEN  
Chirurgie OSTEOARTICULAIRE  
ChirurgieARTHROSCOPIQUE  
22, Rue Sidi Mahiedd Gauthier

/23

ORDONNANCE

Dr Ekhbir Dahbi

Rx de l'épaule gauche Face.

Pr. D. COHEN  
Chirurgie OSTEOARTICULAIRE  
ChirurgieARTHROSCOPIQUE  
22, Rue Sidi Mahiedd Gauthier

Dr Ekhbir Dahbi

**GHANDI CLINIC**  
RADIOLOGIE

Casablanca, le 26/09/2023

PATIENT : MR. DAHBI EL KABIR

MEDECIN PRESCRIPTEUR : PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE DE FACE

- Discrète densification sous-corticale siégeant au niveau du trochiter, sans calcification individualisable en regard.
- Pincement modéré de l'espace sous-acromial.
- Absence d'autre anomalie par ailleurs.

Merci de votre confiance.

**DR. KERROUF**

PHOTO DR. KERROUF  
Service Radiologie  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel. +212 36 74 05 34



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

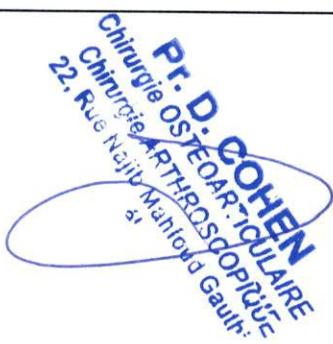
N° : 8752 / 2023 du 26/09/2023

Nom patient DAHBI EL KBIR Entrée 26/09/2023  
PAYANTS Sortie 26/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-RX EPAULE FACE	1,00		200,00	200,00
CONSULTATION	1,00		350,00	350,00
<i>Sous-Total</i>				550,00
<b>Total Clinique</b>				<b>550,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>550,00</b>



Casablanca, le 26/09/2023

PATIENT : MR. DAHBI EL KABIR

MEDECIN PRESCRIPTEUR : PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE DE FACE

- Discrète densification sous-corticale siégeant au niveau du trochiter, sans calcification individualisable en regard.
- Pincement modéré de l'espace sous-acromial.
- Absence d'autre anomalie par ailleurs.

Merci de votre confiance.

DR. KERROUF

CLINIQUE GHANDI  
Service Radiologie  
54, Bd Ghandi - Casablanca  
Tel: +212 522 36 74 05 / 07 70 / 09 73 / 05 34