

## 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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° W19-466084

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9401 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ARESMOUK AZIZ  
 Date de naissance : 18/05/73  
 Adresse : N°51. RUE 3 COT GUYNEHER. L'AGAS  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0664001666 Total des frais engagés : 10037,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Leïla TAZI-DAOUDI  
 Allergologue  
 Imm. Le Colysée, 30 Bd Ain Taoujat Bourgogne  
 (à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca  
 Tel 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 47 38 72  
 Cachet du médecin : 22 OCT. 2019  
 Date de consultation : 02/10/2019  
 Nom et prénom du malade : ARESMOUK AZIZ Age : 12 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Allergie aux acariens  
 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 Le : 22/10/19

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
02.10.19	consultation	300.00		INP: 09125657 Imm. le Colonne 20 Bt. Ain Leveau Bourgoigne Casablanca - Tél: 05 22 27 40 17

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE 283, bd. du 20 Août Hay Salam - C.I.L. Tél: 05 22 27 40 17	21/10/19	9737,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

### 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			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"/>												
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D		00000000 35533411	00000000 11433553	G	
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	B															
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Staloral

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep. 201282729  
تاريخ تهيء

MA

N° رقم

1 flacon de 10 ml

Exp : 08/2020

50%  
50%

POLYMEDIC .

314 D.FARINAE  
315 D.PTERONYSSINUS

N° prep. 201282736  
تاريخ تهيء

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

ST1908602  
PPV: 749DH00

1 أقارورة سعة 10 مل  
نهاية الاستعمال 08/2020

Staloral

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

MA 2012884627  
N° رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
1 أقارورة سعة 10 مل  
Exp : 08/2020  
نهاية الاستعمال

N° prep. 2012827571  
تاريخ تهيء

Staloral

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE  
315 D.PTERONYSSINUS

50%  
50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

N° prep. 201282730  
تاريخ تهيء

STALLERGENES

Staloral

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep. 2012827352  
تاريخ تهيء

STALLERGENES  
92160 ANTONY, FRANCE

D.FARINAE 50%  
D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

Staloral

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep. 201282730  
تاريخ تهيء

STALLERGENES

MA 2012884629  
N° رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
1 أقارورة سعة 10 مل  
Exp : 08/2020  
نهاية الاستعمال

N° prep. 2012827569  
تاريخ تهيء

STALLERGENES

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

Staloral

MA 2012884602  
N° رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
1 أقارورة سعة 10 مل  
Exp : 08/2020  
نهاية الاستعمال

N° prep. 2012827352  
تاريخ تهيء

STALLERGENES

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

D.FARINAE 50%  
D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00

Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان



MA 2012884632  
رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
[قارورة سعة 10 مل]  
Exp. : نهاية الاستعمال  
08/2020

2012827566  
STALLERGENES

**Staloral**

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00 X  
Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep تاريخ تهيء

الدكتورة ليلى التازي الداوي  
إختصاصية في أمراض الحساسية  
للکبار والأطفال

02.10.2019

Lina ARESMOUD

749,00  
X13

STALORAL



OP / OF

9737,00

13 flacons à 800 TL chacun  
WP 7/17. TMT 4 us -

MA 2012884630  
رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
[قارورة سعة 10 مل]  
Exp. : نهاية الاستعمال  
08/2020

2012827566  
STALLERGENES

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
65 30-CASABLANCA

Dr. Leïla TAZI-DAOULI  
Allergologue  
Imm. Le Colysée, 30 Bd Ag  
(à proximité de la C...)  
Tel 05 22...

**Staloral**

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00 X  
Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep تاريخ تهيء

MA 2012884700  
رقم MA81579  
1 flacon de 10 ml  
[قارورة سعة 10 مل]  
Exp. : نهاية الاستعمال  
08/2020

2012827333  
STALLERGENES

**Staloral**

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00 X  
Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep تاريخ تهيء

**Staloral**

Pour : إلى X  
Par : انتاج POLYMEDIC .

314 D.FARINAE 50%  
315 D.PTERONYSSINUS 50%

ST1908602  
PPV: 749DH00 X  
Solution voie sublinguale  
محلول يوضع تحت اللسان

N° prep تاريخ تهيء