

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-781022

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ROYAL AIR MAROC**

Matricule : **3641** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **DERYEM**

Nom & Prénom : **LABIZ**

Date de naissance : **11-03-1973**

Adresse : **15 RUE Nabillon RIS JADAL VAL FLEURI**

Tél. : **GASA 066321554** Total des frais engagés : ***1279 \$** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **طبيب محلف، خبير لدى المحاكم، طريق مولاي التهامي (قرب مستشفى الحي الحسني) مانولا - الحي الحسني - الدار البيضاء 22 90 97 66**

Date de consultation : **04 AOÛT 2023**

Nom et prénom du malade : **CHAMBOUNE FAIS** Age : **50**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **177A - Blanche**

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 : **GASA** Le : **07 AOÛT 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
08 AOÛT 2023	C		2000	الطبيب معتمد في وزارة الصحة INF: 99106966 IPNE: 99106966 طبيب معتمد في وزارة الصحة رقم بطاقة المهنية: 99106966 (فريق طبي) - (فريق طبي)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/27	10 70,90

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

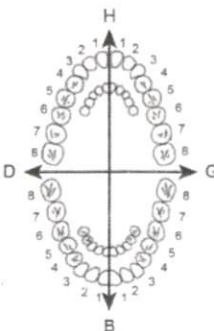
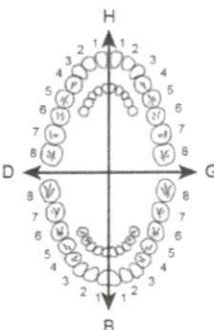
[illegible]

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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 Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

CHAHBOUNE

Casablanca, le :

04 AOUT 2023

الدار البيضاء, في :

1. 158 pot
1. 12630
12630
3682
1940
1079, 50
1079, 50

12630

x 4672

2. 1940
1940

x 2672

3. 12630
12630
3682
1940
1079, 50
1079, 50

x 2672

4. 12630
12630
3682
1940
1079, 50
1079, 50

دكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف
خبير لدى المحاكم
(قرب مسكن في الحي الحسني - الدار البيضاء)
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : 022 90 70 88 - E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

BELMAZOL[®]

Oméprazole

20 mg

14

Gélules

Voie Orale



49,00

5004274

BELMAZOL[®]

Oméprazole

20 mg

14

Gélules

Voie Orale



49,00

5004274



poudre pour suspension
 buvable en sachet



1g / 125 mg

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg
 Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
 prendre de préférence au début des repas,
 pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
 LOT: 650910
 PER: 11/24





buvable en sachet
poudre pour suspension



1g
/125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g^{/125 mg}
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 650794
PER: 08/24



501223b

Lot - N° :

Exp :

PPV :

150,00



كوا-اير فيل

أفريك-فار / هيدروكلوروتيازيد

300 ملغ /
12.5 ملغ

28

عن طريق الفم
فرصا ملبسا

501223b

Lot - N° :

Exp :

PPV :

150,00



كوا-اير فيل

أفريك-فار / هيدروكلوروتيازيد

300 ملغ /
12.5 ملغ

28

عن طريق الفم
فرصا ملبسا

501223b

Lot - N° :

Exp :

PPV :

150,00



كوا-اير فيل

أفريك-فار / هيدروكلوروتيازيد

300 ملغ /
12.5 ملغ

28

عن طريق الفم
فرصا ملبسا

501223b

Lot - N° :

Exp :

PPV :

150,00



كوا-اير فيل

أفريك-فار / هيدروكلوروتيازيد

300 ملغ /
12.5 ملغ

28

عن طريق الفم
فرصا ملبسا