

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-469892

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 352 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAARAJ MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : N° 60 Lot LINA

Tél. : 06 69 06 52 03 Total des frais engagés : 300 + 2.109,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : emphyse chronique

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-469892

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 352

Nom de l'adhérent(e) : LAARAJ

Total des frais engagés : 2.409,30

Date de dépôt :



# 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
04/02/2020	cur 21	822		INP : 29 108 223

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMIDA rue 1100 complexe commercial Sidi Maarouf - Casablanca tel: 0522 33 55 87 - 06 31 30 93 14 fax: 000433 700000083	04/02/2020	2109,30

# 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
		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.

# 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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411              B           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie ( EEG )

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand

## الدكتور فؤاد السبدي

جراحة الدماغ والأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغى

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

البيب سابق بمستشفيات فرنسا



Casablanca, le 04/02/20 في الدار البيضاء،

**PHARMACIE AHMIDA**  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 55 87 - 06 61 30 93 14  
ICE: 000483700000083

leaving Mohamed

13.80 x3

Maldol 80

S.V

13876

57.80 x3

Notiman 12

S.V

**PHARMACIE AHMIDA**  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 55 87 - 06 61 30 93 14  
ICE: 000483700000083

666.00 x2

Kapio 800

S.V

94.00 x6

Mydoflex 80

S.V

2109.30

23. زينة طه حسين حي ثويتي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Taha Houcine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com



Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Lot: 13E003

Per: 09 2022

PPV: 13E003

Lot: 13E004

Per: 08 2022

PPV: 13E004

Lot: 13E005

Per: 08 2022

PPV: 13E005

Lot: 6MA029  
PER: 08 2021  
Nozinan 100 mg  
20 Cp pel séc  
P.P.V : 57DH30



Lot: 8MA013V  
PER: 09 2023  
NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30



Lot: 7MA004  
PER: 11 2022  
NOZINAN 100 MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 57DH30



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 666.00 DH  
168839 : 01  
118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 666.00 DH  
168839 : 01  
118001 142606