

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 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° P19-0035126

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11772

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FAOUZI

BARAKATE

Date de naissance : 18 DEC 1973

Adresse : IMM 112 N 32

VILLE NOUVELLE

Agadir

Tél. : 0661300155

Total des frais engagés

457,90

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 AVR. 2020

Nom et prénom du malade : FAOUZI LINA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Der. NAFUJE + cons. T. p. c.

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 : 22 / 04 / 2020


Signature de l'adhérent(e) :

FAOUZI LINA

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22 AVR 2020     | C2                |                       | 200 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 22-04-20 | 257,90 DH             |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

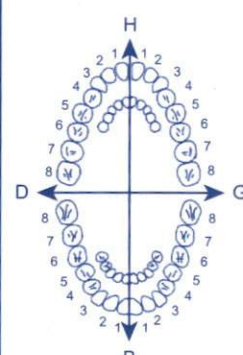
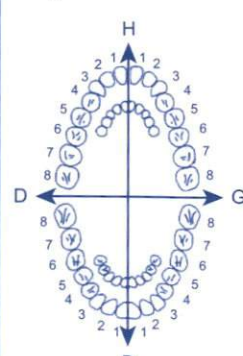
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     H<br/>                     25533412<br/>                     00000000<br/>                     D<br/>                     00000000<br/>                     35533411                 </div> <div>                     21433552<br/>                     00000000<br/>                     G<br/>                     00000000<br/>                     11433553<br/>                     B                 </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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

**Dr. Abdesselam N'BOU**

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie  
Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à  
l'Hôpital Hassan II d'Agadir

**الدكتور عبد السلام نبو**

متخصص في أمراض الأطفال والرضيع

خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى

الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال

بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

Agadir, le : ..... في أكادير،

22 AVR. 2020

Fauzi Lin

84.00

PICAVIT ⊕ SVR

2 J

(S.V)

→ 10)

84.00

ISILAX SI

(S.V)

1/2 ccc

→ 10)

89.90

Antiques SH

(S.V)

8, H x 4

→ 10)

257.90

A revoir dans 02 jours, si votre enfant ne s'améliore pas

رقم 45، شارع كندي - تالبرت - أكادير - الهاتف / الفاكس : 05.28.82.35.32 - المحمول : 06.61.20.44.81

N° 45, Avenue Kennedy - Talborjt - AGADIR - Tél. / Fax : 05.28.82.35.32 - GSM : 06.61.20.44.81

Dr. Abdesselam N'BOU  
PEDIATRE  
D.U. d'ECHOGRAFIE CLINIQUE  
D.U. d'ENDOSCOPIE DIGESTIVE ET PROCTOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
Ancien Chef de Service de Pédiatrie à l'Hôpital Hassan II d'AGADIR  
05.28.82.35.32

InterMed  
Pharmaceutical Laboratories

# Anti Gas<sup>®</sup>

Oral Solution

Drops

WITHOUT

- artificial sweeteners
- alcohol

relieves the  
gastrointestinal  
system from

Pressure

✓ Bloating

✓ Discomfort

30 mL

Fabriqué par:



27, Rue de Kalyftaki, Kifissia, Attica, Grèce  
www.intermed.com.gr Made in EU

Distribué par:

NEWPHARMA

6, Rue des Ecoles,  
Quartier Berger, 20380 CASABLANCA  
Tél. +212 05 22 251 259



LOT



EXP



5 205152 009450

# ISILAX<sup>®</sup>

À base d'actifs naturels

*Isilax*  
*nié*  
*500*

**Facilite  
le transit  
intestinal**

*200ml*

200ml

*14/12*

Pharmalife  
RESEARCH



8 032578 474114

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le

190583  
09/2023

PPC: 84,00 DH

**Dr. Abdesslam N'BOU**

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

D.U. d'Echographie Clinique

D.U. d'Endoscopie Digestive et Proctologie  
Pédiatriques

Ancien Chef de Service de Pédiatrie à l'Hôpital  
Hassan II d'Agadir

**الدكتور عبد السلام نبو**

متخصص في أمراض الأطفال والرضع  
خريج كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى  
الكشف بالمنظار الداخلي

طبيب رئيسي سابق لمصلحة الأطفال  
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

Agadir, le : 22 ..... 11 ..... 20 ..... أكادير، في

**NOTE D'HONORAIRE**

Nom : FAOUZI

Prénom : LINA

Consultation : 1

Montant : 200 000

Signé