

## 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

- Reclamation : 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° W19-568135

48909

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : BALGA - SOUAD

Adresse : Imm des Habous Au de la

Nezane BP 375 - LAAYOUNE

Tél. : 0667925981 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : M BALGA SOUAD Age : .....

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

Nature de la maladie : Néo du

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : T SB

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-568135

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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
23/11/20			250,00	

Professeur Redouan SAMLALI  
Clinique Spécialisée Le Littoral  
RADIO-ONCOLOGUE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nerha Et Aoud Docteur en Pharmacie 199, bd. Bordeaux - Cneablen Tél : 05 22 40 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18	23/11/20	113,00

092010982

## 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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



مصحة الساحل للأنكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Belge

Amad

23/11/2020

133,00 x1

11 Aklatia 90



158 / 7



20,00 x1

21 Panadol ex ha.

25 or 10ml

133,00

Professeur Redouan SAMLALI  
Clinique Spécialisée Le Littoral  
RADIO-ONCOLOGUE  
S1

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

بو صفة طبية فقط - قائمة 1

6 3881



**Arcoxia 90 mg**

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/  
120916-1

Each film-coated tablet contains 90 mg etoricoxib  
Excipients with known effect: lactose monohydrate.  
See leaflet for more information

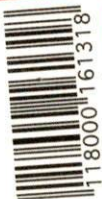
Oral use





Panadol Extra 500 mg/65 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 161318

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient du paracétamol et de la caféine. Il est indiqué dans le traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs.

## CONTRE-INDICATIONS & MISES EN GARDE SPÉCIALES

Contient du paracétamol, ne pas associer à d'autres médicaments contenant du paracétamol.

**Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 12 ans.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.**

**En cas de surdosage, consulter la notice.**

Numéro de l'Autorisation de Mise sur le Marché : 530/14 DMP/21/NCV



Qualité  
Garantie  
Panadol

## COMPOSITION

**Panadol Extra comprimé pelliculé sécable contient :**

500 mg de paracétamol  
et 65 mg de caféine.

Excipients QSP un comprimé.

**NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.**

Médicament non soumis à prescription médicale.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
Panadol est une marque appartenant ou concédée au groupe GSK.

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda - Région de Rabat

Informations médicales :

GlaxoSmithKline Maroc

42-44, Angle Bd Rachidi et rue

Abou Hamed ALGhazali - Casablanca 20000

## VOIE ORALE

MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE

LOT : 0306  
PER : AUT 2022  
PPV : 20 DH 00



مصحة الساحل للأنكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL

Casablanca, le : 23/M/2020

RECU

Nº 000754 / 20

De Mr - Mme

M<sup>me</sup> BALGA SOUAD

La somme de

250,00 p

Correspondante à :

Consult de Contrôle

Visa

Professeur Redouan ZANLALI  
Clinique Spécialisée Le Littoral  
RADIO-ONCOLOGUE  
S1