

# 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

00977

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061620

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00977

Société : DAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ECITAIBI MBARKA

Date de naissance : 07/07/1957

Adresse : DAR LAMANE BLOC 3111111111

Tél. : 0634614776

Total des frais engagés : 2870,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 SEP 2022

Nom et prénom du malade : ECITAIBI MBARKA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

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
05 OCT. 2022		300		DR. MAKCHOUANE Mouna

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PARADIS CASA BOULEVARD N°8 Dar Lamane Hay Mohammadi - Casa TEL: 05 22 80 80 71	05/10/22	227050

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05 OCT. 2022	300	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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														
				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>H</td> <td></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>B</td> <td></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

398/398

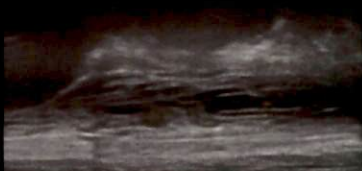


RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G 61%  
P 5 CM XV C  
PRC 12-5-B PRS 6  
PST 2 HV 3

06 10 2022 14:06:56

398/398



RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G 61%  
P 5 CM XV C  
PRC 12-5-B PRS 6  
PST 2 HV 3

06 10 2022 14:07:28

398/398



RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G 61%  
P 5 CM XV C  
PRC 12-5-B PRS 6  
PST 2 HV 3

06 10 2022 14:08:42

Dr. MAX KHCHOUNE  
 Rhumatologue  
 Riad Bernoussi, C. Appt N° 6  
 2eme Etg. Sidi Bernoussi, Casa  
 Tel.: 0522 73 44 42

Echo de la chvil dlt.

\* Enrichissement anodogène de  
 le falo-filiale de médiane abdominale  
 D+

+ hno synovite de fhal ant.  
 + dymphoe déme dlt.



Cabinet de Rhumatologie

الدكتورة مخشون منى

Casablanca le 05/10/2022

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. ECHATIBI MBARKA

ECHOGRAPHIE DE LA CHEVILLE 300DH

Arrêté la présente facture à la somme de 300DH

الدكتورة مخشون منى  
Cabinet de Rhumatologie  
Dr. MAKCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
2ème Etg. Sidi Bernoussi - Casa  
Tél.: 0522 73 44 42

Adresse : Boulevard Imam Chafii , Lot 1 ,N°75 ,quartier alqods Sidi Bernoussi -Casablanca .Tél : 0522  
73 44 42 /06 13 01 25 35



Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (sciatique)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire

أمراض العظام، المفاصل و العمود الفقري  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام و النقرس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى

CRRP



05 OCT. 2022

M<sup>re</sup> ECHATIABI

01/10/2022

92.40 x 3

1/ Defa 30mg

1cp / 16 mois / 03 mois

99.40 x 3

2/ Benfix 150

1cp / mois / 03 mois

144.50 x 3

3/ ESAC 20mg

1cp / 1 / 03 mois

99.20 x 3

4/ Napentri 300mg

1cp x 2 / 1 / 03 mois

39.80

5/ Loxap goutte

0.5g / 1 / 1 mois

94.80

6/ Nurofen

2270.50 1cp

PPV: 39DH80  
PER: 05/25  
LOT: L1662

**Laroxyl®** 40 mg/ml  
Amiloridon  
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 1040

PPV: 99DH20

PPV: 99DH20

PPV: 99DH20

144150  
LOT: 0200611  
PER: 01/23  
PPV: 144DH50

**NURENTIN®** 300 mg  
Boite de 30 gélules  
Voie orale



18001 300020

**NUPENTIN®** 300 mg  
Boite de 30 gélules  
Voie orale



6 118001 300020

**NUPENTIN®** 300 mg  
Boite de 30 gélules  
Voie orale



6 118001 30

PPV: 275DH00

PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH

IB

**ISOPHARM**  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs

Lot N° : 0200611  
Fab : 01/2022  
Per : 01/2025  
PPV (Dhs) : 99,40



PPV: 92,40 DH

Lot N° : 0200611  
Fab : 01/2022  
Per : 01/2025  
PPV (Dhs) : 99,40

144150  
LOT: 0200611  
PER: 01/23  
PPV: 144DH50

Per : 01/2025  
PPV (Dhs) : 99,40

PPV: 92,40 DH

