

# 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

M22- 0005792

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société : 148339  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA  
 Date de naissance : 22/01/1975  
 Adresse : CASABLANCA - MAARIF EXTENSION  
 Tél. : 0666491229 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 31/01/2023  
 Nom et prénom du malade : BENZAHRA HALIMA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Souffrance fonctionnelle médicale du genou  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CASABLANCA Le : 31/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
31/12/23	G.		200.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/23	908,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

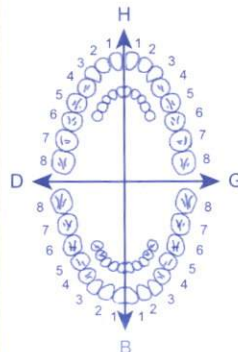
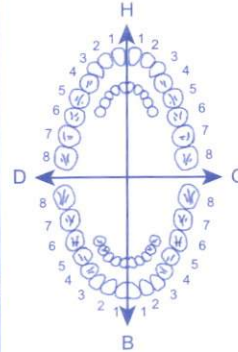
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مصحة الزركطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 31/01/23

M. NGN ZAKU NA NGN

152,00

**Arixib 90 mg:** 1 boîte  
1cp par jour après repas

10,00

**Andol 500 :** 1 boîte  
1 cpx3 jour

52,80

**OEDES 20 mg :** 1 boîte de 14  
1 gel / jour

129,00

**ACM Baume doseur 75ml :** 1 Tube massage  
1 application le soir

188,00 x3

**PIASCLEDINE 300mg :** (3 boîtes de 30)  
1 gel par jour après repas pendant 3mois

908,60

PHARMACIE ACHARAF SA  
Dr SAHIB Mohammed Amin  
96, Rue Socrate Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 25 22 09

Dr. Abderrazak HEFTI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerketouni - Casablanca  
Angle Bds 6 Avril et Bd. Abaou

LOT : 221187

EXP : 09/2025

PPV : 152,00DH



أرتروزين  
إيتوزينوكسيب



x 14

أوكل / مغلفة

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boite de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



## بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES



بياسكليدين 300<sup>®</sup>  
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين

LOT : 221377  
EXP : 10/2025  
PPV : 10,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

ANDOL 500 mg   
20 Comprimés



**أندول**  
باراسيتامول

للآلام و الحمى

500  
ملغ  
عن طريق الفم

20x  قرصا 1x3

مدة 4 ساعات  
صباح  زوال  مساء

 **COOPER**  
PHARMA

Corps  
Body

ACM Baume  
de massage  
Massage balm



ACM SPORT

ACM Baume  
de massage  
balm

ACM Baume  
Massage 50 ML  
PFC 129.60 OH  
FA2IPHARM.SARL

LOT 211488  
EXP 03/2024  
PPV 52.80DH

**OEDES<sup>®</sup>**  
oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

**14 x** 



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



**COOPER**  
PHARMA

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



## بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES



بياسكليدين 300<sup>م</sup>  
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sonthema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين



1 gélule / jour

1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORA

30

GÉLULES

كبسولة