

# 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**

M22- N° 002084

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2518 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LECHERIB NAJAT

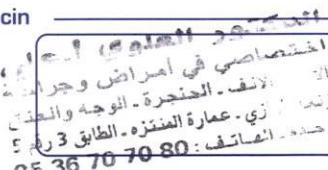
Date de naissance : 11.12.1958

Adresse : Bd chouihada Llet Mimouni VR 13000

Tél. : 06 00 20 59 56 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.01.2023

Nom et prénom du malade : LECHERIB NAJAT Age : 1958

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RHINOPIA Apnée de sommeil

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 : 12.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :



**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie M22- N° 002084

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 :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
<p>Sté Pharmacie IBN MOURAD 41, av Hassiba Ben-Bouali - 10000 Oran Tel. : 03 36 69 02 23</p>	12/11/2023	66540

## **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
		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.

## **RELEVE 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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr EL ALAOUALI**

Spécialiste En ORL & Chirurgie  
Cervico-Faciale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Sfax  
Ancien Résident du Collège  
de Médecine des Hôpitaux de Paris



**الدكتور العلوي على**

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه و العنق

خريج كلية الطب بصفاقس  
مقيم سابق بكلية الطب في مستشفيات باريس

Oujda, le :

12 JAN. 2023

وجدة، في :

ICE : 001688508000090



INPE : 081157158

DEGHEHAB. NAFAT. Née 1958

16120

@@ CEROXIM Socyq (S.V) x 211 → 85

4280

@@ DAZEN 14 (S.V) → 101

2900  
@@ APIXOL (S.V) 1 cés x 81 → 071

@@ THEOGENGYL (BAIN Balle) → 1481

3220 1lae x 81 → 03 file

@@ DEURBROUCK (pas avaler) → 03 file

@@ AC2 (S.V) 02 pulv / (S.V) → 03 nbs

Sté Pharmacie IBN ROCHICHI S.A.R.L.  
ش. صيدلية ابن رشيق - Oujda

41, Bld...  
Tel: ...

زنقة الرازى، عمارة المنتزه، الطابق 3 رقم 5 (قابلة مركز تعاون التبرع ووجدة من مشتمل  
Republique d'Almeuble Al Mountazah, 3<sup>me</sup> Etage, N°5 (en face du centre de transfusion) - Oujda  
Tél.: 05 36 70 70 80  
الهاتف:

9970 LARIXTEIN Group 140/1  
40000 (mar) 03 m/s  
3050

8) ~~French S. V. 2010~~

66540 301/0 3  
g) Argce 1ep 21 8

~~05 36 69 02 25~~

Ste Pharmacie IBN MACHICH SARL  
ش. صيدلية بن مشيش  
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda  
Tel.: 05 36 69 02 25



درازين 10.000 وحدة  
سرابيتاز

6 118000 181064



40 Comprimés entéro-gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

40 قرصاً ملائلاً  
معدى - مقاوم

عن طريق الفم



مخبرات سنتمديك

20 - 22 زنقة زبير بن العوام  
الصخور السوداء - الدار البيضاء

مقدار - كمية الاستعمال  
أرشادات - حالت عدم الاستعمال  
أنظر البيان

351038-03

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

# Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS  
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

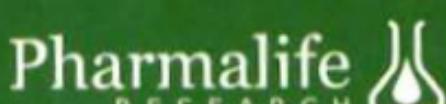
Goût pomme - miel



200 ml e

Pharmalife

RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 220101

À consommer

avant le: 03/2025

PPC: 79,00 DH

**que l'œil est irrité  
À chaque fois**

16 unidoses stériles de 10 ml

*HER MEDIC*  
PPC  
99.00 DHS

**PhyLarm**

Solution stérile pour usage oculaire

Solution stérile pour usage oculaire

**PhyLarm**



16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

٢٠١١/١١/٢٣

٢٣/١١/٢٠١١

٢٣

٢٣/١١/٢٠١١

SESEN

Budesonide

ACTOMAX®

Aeromax®

25

SUSI

bu

Vo

LOT:036S005A  
PER:06/2024

N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

LOT : 2171  
UT AV : 08 - 25  
P.P.V : 30 DH 50

RGO®  
de sodium/Bicarbonate de sodium

عن طريق الفم

LABIXTEN  
Bilastine  
30 comprimés  
Voie orale

20 MG

LABIXTEN 20mg  
30 comprimés



6 118000 230656

ستين®  
بلاستين



FAES FAR

- LAPROPHAN -

PPV : 40DH00

EXP 01/2025  
LOT 1N060.3