

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-727681

157066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10125 Société : RAC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Samir Amin

Date de naissance : 14/11/75

Adresse :

Tél. : 066627272 Total des frais engagés : 37000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/23

Nom et prénom du malade : Age : 48

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 12/04/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/01/23	Ce			
	Q			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/23	370.80

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	

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml  
توبريكس 0,3 %  
قطرات للعين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من سعة 5 مل



**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 08/2024  
LOT 18041 11

RAIS ET HO

acte pratiqué en

**BIAFINE®**

بيلافين



6 118001 151264  
76,00 DHS  
Prix Public de Vente  
Maroc

TUNISIE AMM 11283012  
MAROC AMM N° 2704921/NTT

**أزيماكس**  
أزيتروميسين

**40 mg / ml**  
أطفال  
LOT N°: 1288602  
P.P.V.: 80 00

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION  
MAST

**1500mg**

2553341  
0000000  
D  
0000000  
3553341  
B

(Création, remont,  
Fonctionnel, Thérapeutique, néo

**Azimax®**

AZITHROMYCINE

**40 mg / ml** Enfants

Poudre pour

LOT N°: 1288602  
P.P.V.: 80 00

**ZINASKIN® 45 mg**

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 07/2024  
LOT 15038 62

PPV 40DH90

EXP 12/2024  
LOT 18066 50

20 comprimés effervescent

20 comprimés effervescent



**Docteur Mina OUMLIL**

**Professeur en pédiatrie**

Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**الدكتورة مينة أومليل**

• أستاذة جامعية في طب الأطفال  
كلية الطب والصيدلة  
بالبضاء

Casablanca , le 20/6/23 في الدار البيضاء ،

LA PHARMACIE REGIONALE  
Imm. 80.000 x 2  
Tél: 05 22 51 47 07

LA PHARMACIE REGIONALE  
Imm. 80.000 x 2  
Tél: 05 22 51 47 07

Jellame Narig

Tobnex

S.V

1 gte x 2 j

80.000 x 2

Azimax 1500 g

S.V

36 Kg j

15,30

Vit C 1000 mg

S.V

24 j

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajés Abdelmoumen 1 er Etage

Tél.Fax : 05 22 25 25 26 - Email : oumlilmina@gmail.com

Urgence : GSM : 06 61 14 74 41 / 06 97 34 04 19 - Pas de consultation Samedi



40.90 x2

Zimastime (S.V)

1cp / j

11.30

- Vogaline (S.V)

1cc x 3 / j

76.00

- Dafine (S.V)

1Ap x 3 / j

x 114h  
aut repas

370.80

Professeur Universitaire  
Abdelmoumen Le  
Rég. 250  
Rég. 0522 25 25 26-06 97 34 04 19  
Tél/Fax: 0522 25 25 26-06 61 14 74 41  
INPE: 0912010661

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. S. BEN ELLOUN  
Imm. 4, Lot N° 4-DEROUA  
Tél: 0522 51 47 07