

# COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-781384

*AS823A*


**MUPRAS**  
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : **6884**

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : **Benyelloun**

Date de naissance : **04/04/58**

Adresse : **0661086153**

Télé. : **0661390669**

Société : **Reverie Anja**

Total des frais engagés : **STT, 50**

Dhs

Cachet du médecin : **Dr Houda KADIRI MEKOUE**  
 Spécialiste en Rhumatologie  
 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
 Résidence Shahrzad 3, 1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca  
 Tel. 05 22 20 45 45 / 02 35 / 98 03 28 - GSM : 0651 58 98 05

Date de consultation : **31/12/2022**

Nom et prénom du malade : **Benyelloun Fouzia Anja**

Age: **64**

Lien de parenté :  **Lui-même       Conjoint**

Nature de la maladie : **Spécim Rhumatologique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie**

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 : **05/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **R. BENYELLOUN**

**BENYELLOUN**



### RELEVE 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
3/2/2023	A	400,00		INP : Dr Houda KABIR MED 0008 Spécialiste en Rhumatologie Résidence Shababat 3, 1 <sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca Angle Bd Abdellah Benkouiten et Rue Soumaila Tél: 0522 980276 / 98 03 28 - Gsm: 0651 58 98 05 INPE : 091082768 NCE : 00169786000007

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHJAJMA Nadia ZAHMAMA Avenue du Phare Résidence Taghazout Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	03-2-23	446.50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DÉBUT D'EXÉCUTION	
FIN D'EXÉCUTION	

### O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
--	--

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	
---------------	--

DATE DE L'EXÉCUTION	
---------------------	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
--	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION	
---	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION	
---	--

Casablanca, le 31/2/2023

291,00 Bee Seyyellow mini

Foster Spray 15

1 bottle le mir x 2 nos

53,40

Relaxol 15 cpx x 2 fl x 10

Nexilose 3000 1 cpx 3 fl

81,40

DHL 3 spcl à feu

2100 Fedex 1 doz box x 2 fl

0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28 العنوان: شقة سوموية، إقامة شهرزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف:

Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39 / 98

*PHARMACIE LA JAJA  
Nadia LIMAMAMA  
Avenue du Mare Résidence Taghazout  
Casablanca . Tel.: 05 22 20 28 67*

*Amien et Rue Soumaya  
Casablanca  
0651 58 98 05  
0522 98 02 39 / 98 03 28*

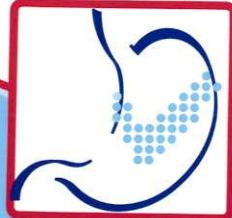
*= 446,50*

81, 40

# أوميز<sup>®</sup>

أوميبرازول

20 مغ



كبسولة  
عن طريق الفم  
**28**



وحدات حببية مقاومة للعصارة المعدية

LABORATOIRES  
**PHARMA 5**  
مختبرات فارما 5

# FEBREX®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite

8 Sachets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT :3555  
UT.AV: 11-25  
PPV: 20DH00

# رولاكسول<sup>®</sup> 500 ملخ/2 ملخ

باراسيتامول /ثيوكولشيكوزيد

عن طريق الفم

GZ000420-01  
07/18

عن طريق الفم

قرص 20

## Relaxol 500mg/2mg

احترم الدواعي المحددة  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يمصرف فقط بوصفة طبية - لانحة I

PER:12/2023  
LOT:21E004

CP 820  
RELAXOL 500MG/2MG  
P.P.V:53DH10  
118000 06608833



### RELAXOL + GROSSESE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

**Composition :** Paracétamol ..... 500 mg  
Thiocolchicoside ..... 2 mg

Pour un comprimé.

المكونات: باراسيتامول ..... 500 ملخ  
ثيوكولشيكوزيد ..... 2 ملخ  
لكل قرص.