

## 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

N° W21-622456

174089

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6420 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZADI Mohammed

Date de naissance : 09-05-64

Adresse : 10, RUE AIN EL ATI, RES. NASSIM

Tél. : 0664414925 Total des frais engagés : 1100,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Z. CHRAIB  
Service de Pneumologie  
Hôpital 20 Août 1953 Cas.

Date de consultation : 23 / 08 / 2023

Nom et prénom du malade : Zadi Mohammed

Age : 59 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

01 SEP. 2023

Le : 23/08/2023

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
23/08/23	C3	Gf		INP: 090804474 Dr. Z. CHRY Service de Pneumologie Hôpital 26 Août 1953

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PAYSAN ICE : 000830976000036 16, Avenue du Phare CASABLANCA Tél: 0522 25 63 19 - Fax: 0522 48 22 02	23/8/23	1102,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

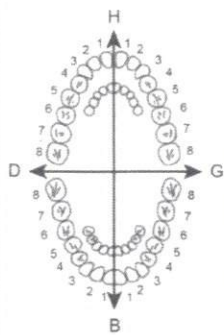
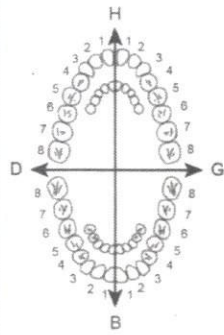
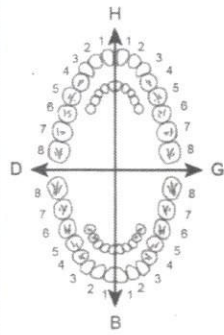
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	INP : <input type="text"/>												
																
																
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital 20 Août 1953

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى 20 غشت 1953



Hôpital sans tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le 23/08/23

## ORDONNANCE

Docteur :

Zaki Mohammed

14,00 x 6

- AD0 x 50

60,40 x 6

- Amarel 2

1 cp x 02 / j pdt 03 ms

259,50

- Accu - chek 50

159,90

Tahor 40 → 1 cp / j pdt 01 ms

103,60 x 2 puis Tahor 20 → 2 cp / j pdt 02 ms

Dr. Z. CHRAÏBI  
Service de Pneumatologie  
Hôpital 20 Août 1953 Cas

Moh

LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 1552  
PER : 01 - 26  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : ~~4759~~  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 8722  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 19 DH 00

PPV: 159DH90



**20<sub>mg</sub>**

EXP:

09 2025

P.P.V

LOT N°:

GP9256

103 40

103,40

UT. AV.:

06 2025

P.P.V

LOT N°:

GJ7747

103 40

103,40

09366138/3

6 118000 250807



**TAHOR® 20mg**  
28 comprimés pelliculés



أماريل 2ملغ  
غليمبيريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES

Uniquement sur ordonnance  
A وجب وصفة طبية - جدول

LOT : 22E003  
PER.: 08 2025

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.: 08 2025

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 21E002  
PER.: 07 2024

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.: 08 2025

CP B30

P.P.V : 60DH40



AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40

LOT : 21E00  
PER.: 10 20

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.: 08 2025

5 second test  
TEST STRIPS

50

Active  
ACCU-CH

PPC: 259.50 Dhs

(10) 26064041

2024-04-05

2022-07-06

UDI

