

# 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'H...  
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

M23-014381

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUINE AbdelKRIM 175035  
 Date de naissance : 15/06/1948  
 Adresse : 27 RUE IBRAHIM EL KATTAN Apt n° 2  
 2ème étage, quai Sidi  
 Tél. : 0658903321 Total des frais engagés : 2530,00 Dhs  
 0642636468

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 04/09/2023  
 Nom et prénom du malade : Zouine AbdelKRIM Age : 75 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection endocrinienne  
 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 : 04/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :


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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/09/23        | C.S.              |                       | 300 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 04/09/23 | 2232,40               |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

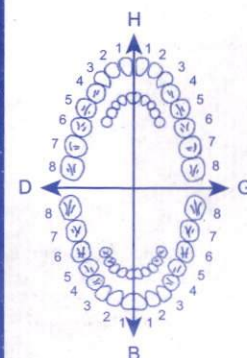
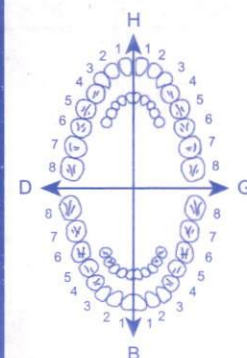
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H   |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 25533412  | 21433552   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| D   | G  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411  | 11433553   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B   |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             | 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

# Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre  
Troubles de la croissance et de la puberté  
Pathologies surrénales et hypophysaires



## الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري  
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة  
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 4/9/23

Nom : MR Zouine Abdelkhalil

Bandelettes on cell plus (50) x 26  
78,70 x 2 = 157,40

Diaucium 60

14/T

437,00 x 3 = 1311,00

Tanumet 50/1000

14 x 2/T

77,20 x 3 = 231,60

Tanzar 50

14

46,00 x 4 = 176,00

Biafine pommade

x 4 tubes

30,10 x 6 = 173,00

Imoduin

14 x 3/T

17,80 x 3 = 53,40

Lonorio

14/T ou Stanorm 10

14/T

r = 2232,40

ttt 3mois

PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. Ghita Mamou  
30, Rue Roudani - Casablanca  
Casa - Tél: 05 22 23 70 71

Dr. Ghita Mamou  
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques et Nutrition  
230 Bd Roudani 4ème Etage  
Casablanca - Tél: 05 22 23 70 71

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH50  
LOT : 23E002  
PER.: 12 2027  
6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH50  
LOT : 23E002  
PER.: 12 2027  
6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH50  
LOT : 22E012  
PER.: 08 2027  
6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH50  
LOT : 23E002  
PER.: 12 2027  
6 118000 010845

ستانورم®

أتورفاستاتين

عن طريق الفم

Stanorm® 10 mg  
Atorvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 331568

57,80



10 مغ

30 قرصا مغلفا



ستانورم®

أتورفاستاتين

عن طريق الفم

Stanorm® 10 mg  
Atorvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 331568

57,80



10 مغ

30 قرصا مغلفا

ستانورم®

أتورفاستاتين

عن طريق الفم

Stanorm® 10 mg  
Atorvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 331568

57,80



10 مغ

30 قرصا مغلفا

6 118000 050247  
44.00 DHS  
Prix public de vente  
AMM 121/17DMP/21/NRO  
Maroc

# BIAFINE®

Indications thérapeutiques  
Erythèmes secondaires à des traitements  
radiothérapeutiques.  
Brûlures du premier et second degré et  
toute autre plaie cutanée non infectée.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS  
UN PROTECTEUR SOLAIRE

## بيافين يستعمل لعلاج

إحمرار الجلد الناتج عن العلاج بالأشعة .  
حروق الدرجة الأولى و الثانية و أي جرح آخر غير منتن.  
لا يستعمل هذا الدواء كواقى من أشعة الشمس



6 118000 050247  
44.00 DHS  
Prix public de vente  
AMM 121/17DMP/21/NRO  
Maroc

# BIAFINE®

Indications thérapeutiques  
Erythèmes secondaires à des traitements  
radiothérapeutiques.  
Brûlures du premier et second degré et  
toute autre plaie cutanée non infectée.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS  
UN PROTECTEUR SOLAIRE

## بيافين يستعمل لعلاج

إحمرار الجلد الناتج عن العلاج بالأشعة .  
حروق الدرجة الأولى و الثانية و أي جرح آخر غير منتن.  
لا يستعمل هذا الدواء كواقى من أشعة الشمس

6 118000 050247  
44.00 DHS  
Prix public de vente  
AMM 121/17DMP/21/NRO  
Maroc

# BIAFINE®

Indications thérapeutiques  
Erythèmes secondaires à des traitements  
radiothérapeutiques.  
Brûlures du premier et second degré et  
toute autre plaie cutanée non infectée.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS  
UN PROTECTEUR SOLAIRE

## بيافين يستعمل لعلاج

إحمرار الجلد الناتج عن العلاج بالأشعة .  
حروق الدرجة الأولى و الثانية و أي جرح آخر غير منتن.  
لا يستعمل هذا الدواء كواقى من أشعة الشمس

تانتازار®

لوزارتان بوتاسيک

50 ملغ

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

افريك. فارم  
AFRIC-PHAR

TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés



07120

تانتازار®

لوزارتان بوتاسيک

50 ملغ

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

افريك. فارم  
AFRIC-PHAR

TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés



07120



تانتازار®

لوزارتان بوتاسيک

50 ملغ

28 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

افريك. فارم  
AFRIC-PHAR

TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés



07120

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme

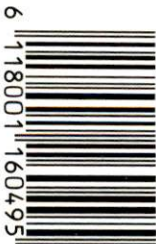
166, 168 Bd Zerktouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme

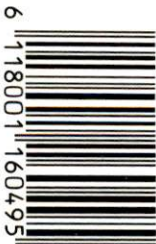
166, 168 Bd Zerktouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

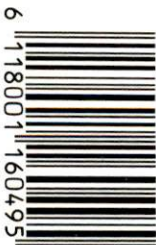
**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerktouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.





**DIAMICRON® 60 mg**

44170

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1: لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**

30 comprimés



6 118001 130160

78,80

242600060-02

احفظ من المبالغة  
المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة: لا يصرى إلا بموجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC

**DIAMICRON<sup>®</sup> 60 mg**

60 comprimés



6 118001 130153