

## 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° W19-527774

175766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3248 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre Retraité  
Nom & Prénom : Mme. Ouassane KHADJA  
Date de naissance : 28/01/1953  
Adresse : Rue Larake n° 61 Apt n° 28 Hay  
Es Salam B20210 Casablanca  
Tél : 0624542228 Total des frais engagés : 396,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AACHAB Youssef  
Médecin de Garde  
ANIS ASSISTANCE B  
Imm. 5 Lotissement Adoha II  
Sidi Moumen Jdid Casablanca  
Tél : 05.20.32.00.23

Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : hypothyroïdie + HTA

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 : 28/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Ouassane KHADJA



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/09/23        |                   | 1                     | 169,00                          | INP :<br>Dr. EL AACHAB YOUSSEF<br>Médecin de Garde<br>YANIS ASSISTANCE / B<br>5 Lotissement Adoha II<br>Sidi Boumen Idid Casablanca<br>Tél : 05.20.32.00.23 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AL ANASSIR<br>Mme. Alami Soumi Samia<br>Docteur en Pharmacie<br>Rue Annanis Beausejour<br>Casablanca Tél : 05 22 39 09 70 | 18/09/23 | 246,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

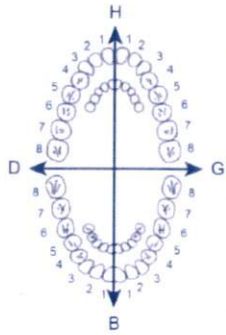
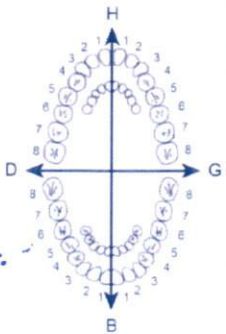
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|---|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|   |   |                  |  | 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  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table> <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> |                  |  | 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   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  | 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

Médecin de Garde  
YANIS ASSISTANCE / B  
Imm. 5 Lotissement Adoha II  
Moumen Jdid Casablanca  
Tél : 05.20.32.00.23

Le 18/09/23

ORDONNANCE

Monaffak Khadja

7980

1/ Nura 2 cp

1 cp au 2e / 1e

68.40

2/ Merg 2 amp 2ml

55.00 1 amp 1g 10g

3/ Bromylax 5/10

1 amp 23/6 10g

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Soumi Samira  
Docteur en Pharmacie  
13 Rue Annanis Beauséjour  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

Dr. Rachad Voussef  
Médecin de Garde  
YANIS ASSISTANCE / B  
Imm. 5 Lotissement Adoha II  
Moumen Jdid Casablanca  
Tél : 05.20.32.00.23

DR. EL ACHAB YOUSSEF  
 Médecin  
 IANIS ASSISTANCE / B  
 Im. S. Lotissement Adona II  
 Sidi Moumen Jdid Casablanca  
 Tél : 05.20.32.00.23

PHARMACIE AL AMANA  
 Mme Alami Souhail Samira  
 Docteur en Pharmacie  
 13 Rue Annahis Beausejour  
 Casablanca Tél : 05.22.39.09.79

(37)

V.S.

246,00 2  
 4/10/2024  
 246,00 2

تيس  
للحقن

63.40

mag 2<sup>®</sup> 122 mg 

30 ampoules buvables de 10 ml



6 118000 120407



# بيوميلاز®

**3000 U.CEIP**  
ألفا أميلاز

عن طريق الفم

**24** 

قرصا مليعا

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| الصباح  | الزوال  | المساء  | الدة   | أثناء وجبة  |

**BIOMYLASE**  
COMPOSITION : Alpha  
\* soit 2142,9 unités Ph  
Excipients à effet  
A conserver à une te  
NE LAISSER NI À LA

H50055

OMYLASE® 3000 U.CEIP  
4 comprimés enrobés

6 11 8001 200900



 POLYMÉDIC

# دازين 10000 ع سرايبتاز

40 قرصا مليسا  
مقاوم لحموضة المعدة  
عن طريق الفم



مختبرات سنتميلك  
20 - 22 زقة زير بن العوام  
الصخور السوداء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI   
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants  
  
6 118000 181064

Médicament autorisé N° :  
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV :

EXP :

Lot N° :

47.80 DH  
03/25  
L0216

# Nurax<sup>®</sup>

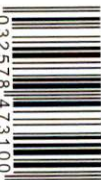
Comprimé

Fenuarec

# Nurax<sup>®</sup>

Comprimé

8 032578 473100



Thérapiarm  
LABORATOIRES

# Nurax<sup>®</sup>

Comprimé

30

Lot: 230276  
A consommer de  
préférence avant le: 03/2026  
PPC: 79,80 DH