

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-0018935

178842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed  
 Date de naissance : 01.01.1954  
 Adresse : Lotissement Zahra rue 8 n° 4  
 Anz Chok - Cas  
 Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Lougagh Nasser Age : 64 ans

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

Nature de la maladie : Hémoragie à l'œil

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 : Cas Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

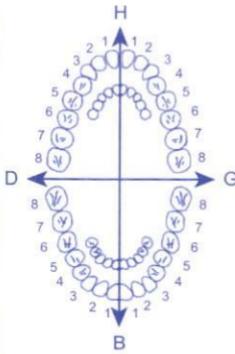
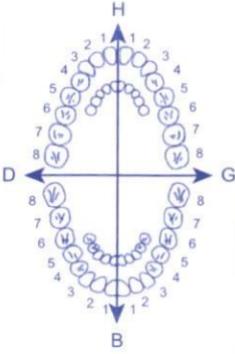
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
21/01/2023	Acc. Unipolaires	1/10	109,69	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/23	378,80
<p>INP 092046754</p>		

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

[illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
<b>Important :</b> Veuillez 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 style="width: 80%;" type="text"/>								
				Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>								
				Début d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								
				Fin d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;">B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>								
				Date du devis <input style="width: 80%;" type="text"/>								
				Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 02/10/2023

ZOU GAGH NASSIRI

4980

Flasyl 500mg

sep 21.5

malh  
sac

periodi

131.60

Spectrum 500mg

sep 21.5

malh  
sac

malh

9900 Oldes 200g of  
④s Pemahupulot.

9540 Vetha ④s leavine getute

375,80 S getute 21.5  
/alasi

URGENT  
Polytechnique CHU - 11/11/14

12

Pharmacie d'El Mahazine  
Mohamed Amine BENNANI  
Tél: 06 22 22 01 71 E-mail: bennani.ah@gmail.com  
MP 092046754



N° IPP : 955684	N° SEJOUR : 230041689	<b>FACTURE N° 2305012927</b>	DATE D'ENTREE : 02/10/2023	DATE DE SORTIE : 02/10/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>ZOUGAGH,Nassera</b>	
MALADE : ZOUGAGH,Nassera NOM JEUNE FILLE :			UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :	
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	0.50	7.50	3.75					0.00	3.75
PRODUITS PHARMACEUTIQUES PANTOPRAZOL 40 MG INJ	P600	1.00	24.08	24.08					0.00	24.08
FOURNITURES MEDICALES				1.86					0.00	1.86



Total à reporter				109.69		0.00		0.00		109.69
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 955684		N° SEJOUR : 230041689		FACTURE N° 2305012927		DATE D'ENTREE: 02/10/2023		DATE DE SORTIE: 02/10/2023	
UF de présence: 5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				109.69		0.00		0.00		109.69

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)			TOTAUX :		109.69					109.69
---	--	--	----------	--	--------	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT NEUF DHS ET SOIXANTE NEUF CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	109.69			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						

DATE FACTURE : 02/10/2023	EDITEE LE : 02/10/2023	PAR: HAFID	ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA			N° DE POLICE :	
			DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA BANQUE : BMCE - INARA N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91	



LOT 230082  
EXP 01/2026  
PPV 131.60DH

500 ملغ  
عن طريق الفم

20 x قرصا ملبسا

COOPER  
PHARMA

سبيكتروم  
سيبرفلوكساسين

 SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER  
سبيكتروم + الحمل = خطر  
"il est préférable d'éviter d'utiliser  
SPECTRUM pendant la grossesse  
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل"



6 118000 060062

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

LOT : 23E009  
PER.: 01 2028

LOT 211262  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

**OEDOS<sup>®</sup>**  
oméprazole



Microgranules gastro-résistants en gélules

28 x

Voie

20



# ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* **CNCM I-745®**

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



**30** GÉLULES  
250mg

BIOCODEX  
Maroc



Lot :  
مجموعة:

Fab :  
صنع:

EXP :  
صلاح ليايد:

1308

04 2023

04 2026

BIOCODEX MAROC PPV 95,40 ١٥

