

# 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 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0049520

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SADDI, Nouredine  
Date de naissance : 08/04/52  
Adresse : Res. Al Qantara, Atlas 1/2, Marrakech  
Tél : 0661376164 Total des frais engagés : 179886 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09/08/23  
Nom et prénom du malade : ZIZI SAWAA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. oculaire  
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 : Le : 09/08/23  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049520

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dents des Actes    Natures des Actes    Nombre et Coefficient    Montant détaillé des Honoraires    Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

09/08/23    ch    cu

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    Date    Montant de la Facture

PHARMACIE DU TOUT HAMDAGUI Fatma  
 09/08/23    272.40  
 139.99

# 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

A M    P C    I M    I V

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

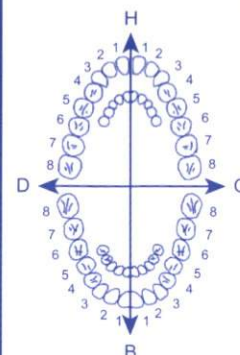
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses dentaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES    Dents Traitées    Nature des Soins    Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 B

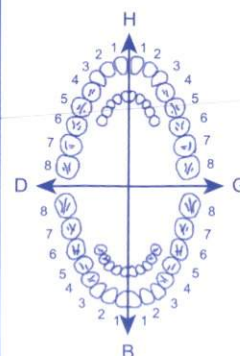
CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



مركز  
للرعاية  
البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



66489

Casablanca le : 09 août 2023

ZIZI Sanaa

134,50

1/ FUCIDINE 250MG COMPRIMÉS (AC. FUSIDIQUE)

(S.V)

4780

1 cp 2 fois par jour, 5 jours

2/ DAZEN CP

4780

(S.V)

3570

2 cp 2 fois par jour, 10 jours

3/ TOBRADEX COLLYRE (TOBRAMYC.DEXAMÉTHAS)F

5440

1 gtt 3 fois par jour, 15 jours

4/ TOBRADEX POMMADE

le soir, 15 jours

272,40

PHARMACIE DE CASABLANCA  
SABTI DRIS  
Rue Oued Eddahab  
15 34 91

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,30/1% collyre en suspension 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 2014  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,30/1% collyre en suspension 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 2014  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

406836 MA

A. ZAROURY  
Ophtalmologiste  
Clinique de Casablanca  
Capillons Oasis - Casa  
Tél: 05.22.25.71.71 - Fax: 05.22.25.11.15  
Web: www.occ.ma

TOBRADEX®  
Pommade ophtalmique  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 2014  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

Urgence 24h

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue Capillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma


RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



فوسيدين<sup>®</sup> 250 مغ  
فوسيدات الصوديوم  
10 أقراص مغلفة

Fucidine<sup>®</sup> 250 mg, comprimé pelliculé  
فوسيدين<sup>®</sup> 250 مغ، قرص مغلف

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville  
CASABLANCA-MAROC  
FUCIDINE<sup>®</sup> 250 mg  
Comprimé pelliculé  
Boite de 10 comprimés



6 18001 200511  
PPV : 134 DH 50

numéro d'AMM au Maroc : 392/17  
Numéro d'AMM en Tunisie/تونس

Titulaire  
Laboratoires LEO  
2, rue Henri Cadotte,  
78860 Versailles cedex 09 France  
صاحب الحقول المسجلة بالمغرب  
عنوان الحقول المسجلة بالمغرب  
2, rue Henri Cadotte, B.P. 10877,  
Casablanca (MAROC)

# دازين 10000 و.ع سرابتاز

40 قرصا ملبسا  
مقاوم لحموضة المعدة  
عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك  
20 - 22 زنقة زبير 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  
L0217

دازين 10000 ومع  
سرابتاز

40 قرصا ملبسا  
مقاوم لحموضة المعدة  
عن طريق الفم



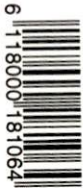
مختبرات سنتمديك  
20 - 22 زنقة زبير بن العوام  
الصحور السوداء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI



Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



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

PPV :  
EXP :  
Lot N° :