

## 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

N° W21-785958

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10244 Société : 2AM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 188763

Nom & Prénom : ELAROUSSE ASMAA

Date de naissance : 19-06-1972

Adresse : 9 R4 Inna 1 Ain chock

Tél : 06766 70 742 Total des frais engagés : 300 + 117 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 / 12 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 03.12.23        | 2.3               |                       | 3000                            | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                          | Date       | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE LUMIERES<br>LAHRIHI SARL AU<br>00, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chabab<br>Sablance - INPE 09204042<br>Tél.: 05 22 52 40 29 | 03/12/2023 | 117,20                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

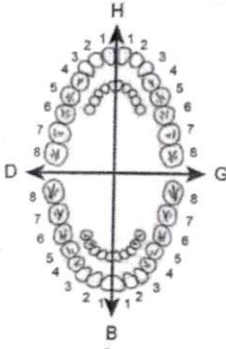
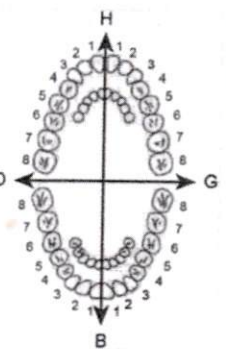
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| O.D.F.<br>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><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H                                                                                                                 |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DATE DU DEVIS [ ]<br><br>DATE DE L'EXECUTION [ ] |
| H                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| 25533412                                                                             | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| D                                                                                    | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| 00000000                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| 35533411                                                                             | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
| B                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |                                                                                                                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INTERNATIONAL  
clinic

Date: 03/22/2023

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Goud, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél: 05 22 52 40 29

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Goud, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél: 05 22 52 40 29

## Ordonnance

30,30 - ELAROUSSI Asmaa  
Lomb Collyre  
33,00 - Spectrum Collyre 1<sup>ste</sup> 3/j  
27,50 - Trim Collyre 1<sup>ste</sup> 3/j  
26,40 - Str. dex 1<sup>ste</sup> 3/j  

---

117,20

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Goud, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél: 05 22 52 40 29



NE PAS AVILER - PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
لا تخفض الجرعة - لا تدهس الحقن  
احفظ الجرعات المقررة

LISTE I - Uniquement sur ordonnance  
قائمة I - لا بوصفة طبية

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice  
ممنوع السياقة  
قبل قراءة التعليمات

  
NIVEAU 1  
المستوى 1



**STERDEX**  
pommade ophtalmique  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH

  
6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri  
20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable  
Amina DAOUDI



Lot: /  
Fab: /  
Exp: /  
V: 30 DH 30

LOT: A020480  
PER: 07-2025  
PPV: 33,00DH

**أيسين<sup>®</sup>**  
**Icin<sup>®</sup>**

Lot: /  
Fab: A A 0395  
Exp: 01 23  
01 25  
PPV: 27DH50

