

# 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

- 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 - 5ème 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

N° W19-495344

N°D: 14601

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3467 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMRI AHMED

Date de naissance : 21/07/1958

Adresse : 41 Prince Moulay Abdellah N° 11 Hay Hassan

Tél. : 061 28 43 25 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/12/2019

Nom et prénom du malade : SAMRI AHMED Age : 54

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

Nature de la maladie : Myocardium Infarctus

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 : Rabat Le : 29/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-495344

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 : 3467

Nom de l'adhérent(e) : SAMRI AHMED

Total des frais engagés : 250

Date de dépôt : 22/12/2019



# 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
29/11/89	G	01	300,00	INP : 101102366 Dr. W. Hassan

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

30/11/89      786,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

# 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 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 : <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"/>														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

☒ **valable 3 mois**

Le 29/11/2019

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



Dr. M'hammed NYA

Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif

Ex. Attaché au CHU Ibn Sina - Rabat



د. محمد النية

إختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي

ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط

Hépatologie - Echographie - Endoscopie

Proctologie - Explorations Fonctionnelles Digestives

Rééducation Médicale par Biofeedback

أمراض الكبد - التشخيص بالموجات ما فوق الصوتية

التشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الشرج والبواسير - الكشف

الوظيفي للجهاز الهضمي - الترويض الطبي بالإستجاع الحيوي

Rabat, le

29/11/2019

في الرباط

Mr. SABHI Khouja

75600 = 24 378,00

Imurel 50



1cy et 1/2 de meto  
2cy de bio

7 08 seu

PHARMACY WAJDA  
DR. M'HAMMED NYA  
36, Av. Hassan II, MOINE  
Tél : 05 37 70 70 05

Dr. M'hammed NYA  
Hépto - Gastroentérologue  
32, rue Dakar, Angle Avenue Hassan II  
Appt. 1 bis Océan, Rabat - Tél : 05 37 70 70 05

**COMPOSITION :**

Azathioprine ..... 50 mg  
pour un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire :  
Lactose monohydraté.

**A conserver à une température  
ne dépassant pas +25°C.**

**A conserver dans le  
conditionnement primaire  
d'origine, à l'abri de la lumière.**

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :  
Tunisie: Aspen Europe GmbH  
Industriestrasse 32-36, D-73843 Bad Odesheim, Allemagne.  
Maroc: Les Laboratoires Sothema, sous licence  
d'Aspen Pharma Trading Limited.  
B.P. N°1 - 27182 Bouskoura - Maroc  
Fabricant  
Excella GmbH  
Hörnberger Strasse 12, 90537 Feucht, Allemagne

7502166-9436  
59 x 20 x 111

028A02

IMUREL 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 13 DMP / 21 / NTT  
PPV: 378,00 DH  
Distribué par les Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

**Imurel® 50 mg - comprimé pelliculé**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 200726

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

**Imurel® 50 mg**



**COMPOSITION :**

Azathioprine ..... 50 mg  
pour un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire :  
Lactose monohydraté.

**A conserver à une température  
ne dépassant pas +25°C.**

**A conserver dans le  
conditionnement primaire  
d'origine, à l'abri de la lumière.**

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :  
Tunisie: Aspen Europe GmbH  
Industriestrasse 32-36, D-73843 Bad Odesheim, Allemagne.  
Maroc: Les Laboratoires Sothema, sous licence  
d'Aspen Pharma Trading Limited.  
B.P. N°1 - 27182 Bouskoura - Maroc  
Fabricant  
Excella GmbH  
Hörnberger Strasse 12, 90537 Feucht, Allemagne

7502166-9436  
59 x 20 x 111

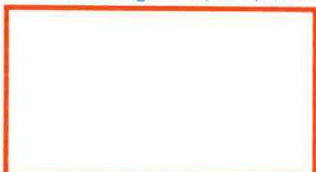
028A02

IMUREL 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 13 DMP / 21 / NTT  
PPV: 378,00 DH  
Distribué par les Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

**Imurel® 50 mg - comprimé pelliculé**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 200726

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

**Imurel® 50 mg**

