

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0044310

ND: 30718

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2312 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOKHATAR NATIB

Date de naissance : 06/10/1952

Adresse : RES. AL FAJR Imm. E. N° 3 Hay AL OUAL

Avenue Imam CHAFI 20610 - BORD BOUJOUR

Tél : 06 6303 6911 Total des frais engagés : 18000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : M. Mohamed Tadrissi

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Affection Thyroïdienne

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 : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
18/06/20			2500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE GHOFRA</b> Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca	18/06/20	750,10

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature de la prestation traitée. l'acte pratiqué en indiquant la nature

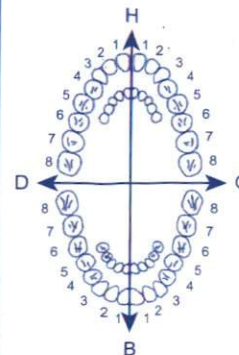
Important :

Veillez joindre



SOINS DENTAIRES

traitées



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

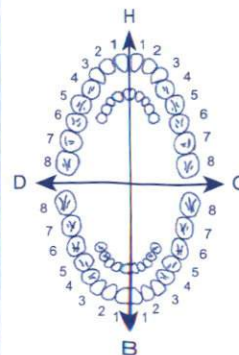
DETERMINER

MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTE

44,70

LOT 20  
EXP 02  
PPV 28

LOT 1917  
EXP 11/20  
PPV 28.00

LOT 191  
EXP 11/2  
PPV 28.0

LOT 191  
EXP 10/2  
PPV 28.0

LOT 1919  
EXP 11/20  
PPV 28.0

44,70

44,70

44,70

44,70

44,70

Dr Bouchra ALAOUÏ EL HASSANI

Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste

الدكتورة بشرى العلوي الحسني

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والتغذية

Casablanca, le :

18/06/20

71,00

Rue Anwar Elidrissi  
mezha

71,00

Diamicron 60

2

6x 44,70

Glucophage 1000

6x 28,00

Levothyrox 25

5x 6,80

**PHARMACIE GHOFRAÏNE**  
Dr. HRIOUA LAILA  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Ouds Sidi Bernoussi  
Casablanca

71,00

Résidence Arrayane 2, Imm. 2, 3<sup>ème</sup> Etage, N° 49  
(en face de Maroc Telecom, Annasi)  
Fixe : 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00  
05 22 74 76 28

المدار البيضاء، محل علاج، شارع محمد الزفزاف، إقامة الريان 2  
الطابق 3، رقم 49 (أمام وكالة اتصالات المغرب، أناسي)  
الهاتف : 05 22 74 73 00 - 05 22 74 76 28  
المحمول : 07 67 56 03 95



2x 20,90

Vit D Ben 20000  
1 ampoule  
pdt 2 mois



ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20.90 DH

Femafes 2  
out body for  
pdt 2 mois

PPV 25.10 DH  
LOT T269 PER 02/24

FUMAFER® 66 mg  
100 comprimés



6 118000 180371

Dr Bouchra Aitouch Elhassani  
25/10  
Bd Mohamed Zaidi  
Avenue Arayane 1  
2025 26 95 28

3x 71,00

750,10

PHARMACIE GHOFRANE  
Dr. HRIJUA LAILA  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

LOT 191915  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NNPR  
6 118001 272228  
PPV : 20.90 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ou les pathologies traitées. L'acte pratiqué en indiquant la nature de l'intervention.

Important

Veuillez joindre

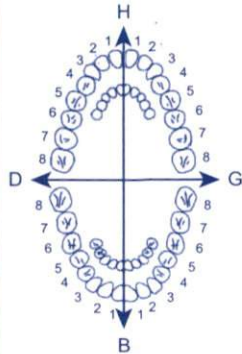
LOT 200168  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

SOINS D'URGENCE

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

LOT 191702  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

LOT 191701  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191498  
EXP 10/2022  
PPV 28.00DH

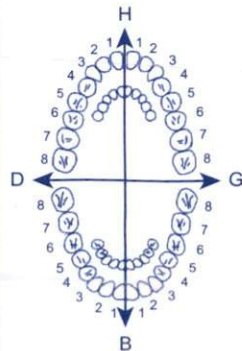
LOT 191907  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINER LE TYPE DE PROTHESE  
MASTICOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTE

44,70

44,70

44,70

44,70

44,70

44,70