

## 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.

### Radio-logie 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

- 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 - 6<sup>ème</sup> 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° W19-487627

39477

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11843 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MASSOU ZINEB

Date de naissance : 10/07/72 1<sup>er</sup> étage Hay Hassan

Adresse : 5 case

Tél : 05 22 90 40 92 Total des frais engagés : 1875,9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Nom et prénom du malade : B. EL KOUAR ZINEB Age :

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

Nature de la maladie : Dents HTA Hypertension

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
07/02/20	G		200DH	INF : 132533514
01.2.20	G		500DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANFA ELACE C/O ANFA ELACE Bd. de l'Indépendance Tél : 0522 79 10 31 R.O. : 263003	21/02/20	1675,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

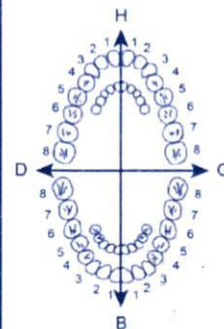
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

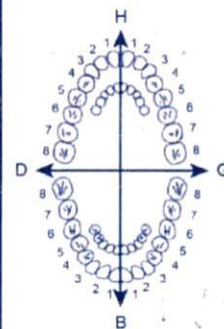
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 21. 2. 2020

• الطب العام

• حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

• حائزة على دبلوم الطب الرياضي

• حائزة على دبلوم التغذية والحمية

التغذية الوظيفية

• حائزة على دبلوم داء السكري

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Diplômée en Médecine du Sport

Diplômée en Nutrition-Dietetique

Nurition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

Benouar Zineb  
Anxiol

LOT 191570  
EXP 10/2021  
PPV 66.70DH

181.40 x 3

- Menthylchem 200 x 3

120.00 x 3

- Icard 150

132.00 x 3

1 cpl. x 3 Mois  
- paracétamol 500

24.40 x 3

1 cpl. x 3 Mois

6.80 x 2

- levothyrox. 100, 25

51.10 x 4

1 cp (100) + 1/2 (25)  
- plequmil 100 x 3 Mois

2 cpl. 5 jours sur 7

- cadiol 100 x 3 Mois

34.50

- Neomine 300 x 3 Mois

درب الحورية، شارع سيدي عبد الرحمان، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني  
05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrah

Lot : NVM19  
A consommer avant le  
E-m  
PPC: 84.50 DH

07/2022 ni  
11  
gmail.com

1675.50



P.P.V.: 181,40 DH

6 118001 081226

gelules b28

P.P.V.: 181,40 DH

6 118001 081226

LOT : SMA023  
PER.: 04/2022

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PEL SEC B30

P.P.V.: 132DH00

6 118000 062301

6 118001 102006

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

7862160335

611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334

611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebsâ Casablanca  
PLAQUENIL 200 MG CP PEL  
B30  
PPV: 51,10 DH

6 118001 082070

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebsâ Casablanca  
PLAQUENIL 200 MG CP PEL  
B30  
PPV: 51,10 DH

6 118001 082070

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebsâ Casablanca  
PLAQUENIL 200 MG CP PEL  
B30  
PPV: 51,10 DH

6 118001 082070