

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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

Réclamation : [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)

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

N° P19- 062397

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société : 47132

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEVCHER ROUANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue Montaigne VAL FLEURY  
CASABLANCA

Tél. : 0661465224 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/11/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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) : Bang

Bang



# 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
4/11/20	S	300017		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	679,60

# 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

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

venez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement ca

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

PROTHE

25533412 21433552  
00000000 00000000  
00000000 00000000  
35533411 11433553

B

(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

DIAMICRON 30 mg  
Gliclazide  
30 Comprimés à Libération Modifiée

6 118000 023517

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

6 118000 023517

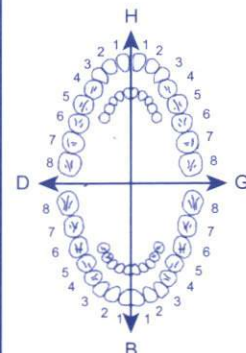
IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

6 118000 023517

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Numéros des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10	5	300017	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/20	679,60

# 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

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

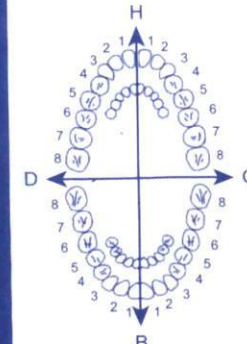
6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 25,10 DH

# PROTHE



# ATION DU COEFFICIENT STICATOIRE

25533412 00000000  
00000000 00000000  
35533411 11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

# DIAMICRON 30 mg

30 comprimés à libération modifiée

DIAMICRON 30 mg  
Gliclazide  
30 Comprimés à Libération Modifiée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée

IPRADIA® LP 1000 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 14/11/2022 في: الدار البيضاء

13.40 x 3 = 40.20 Bencherkoum  
6.80 x 3 = 20.40 Aissa 3m  
89.00 x 2 = 178.00 1/2 Amiclon 20 mg 12 weeks 3m  
28.80 x 9 = 259.20 2 sp matin 3m  
25.10 x 6 = 150.60 Vitonewy 2 sp x 2 3m  
60.10 x 2 = 120.20 2 sp soir 3m  
T = 679.60 2m



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

