

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-499412

N°D 14926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : Charki Raltoum Vve Kantar bouhab

Date de naissance : .....

Adresse : 0639 844198

Tél. : 0620759500 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/11/2019

Nom et prénom du malade : .....

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

Nature de la maladie : Diabète sucré HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

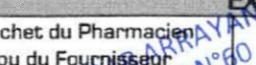
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : .....

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BAB ARRAYAN AV. IBN AL KATTAM N°60 LAAYAYDA SALE 05 37 87 14 84 PHARMACIE BAB ARRAYAN AV. IBN AL KATTAM N°60 LAAYAYDA SALE	13/11/19	# 105,70#
	13/11/19	# 220,10#

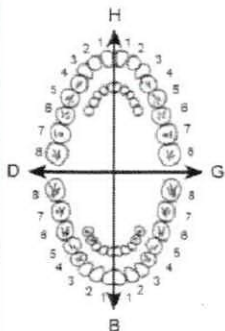
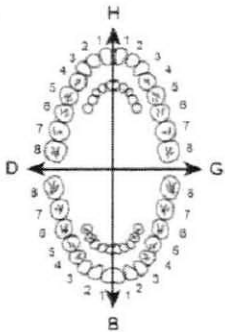
[illegible][illegible]

# 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 caninaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					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>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<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>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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>				
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CHANKI KALTOUM

Présente

une cardiopathie hypertensive et diabétique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

au long cours

Cosmel 5/10 mg,

Kardex 75 mg,

LDNOR 10 mg,

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

**Dr. Soumaya BOUZIDI**  
**BELMAJDOUB HASSANI**  
 Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Médecine - Rabat  
 Diplômée d'échographie cardiaque - Bordeaux  
 Diplômée de cardiologie pédiatrique - Paris V  
 Diplôme d'angiologie - Casablanca  
 Ancienne interne du CHU - Avicenne - Rabat  
 Ancienne interne des CHU - strasbourg / Paris



**عيادة أمراض القلب والشرايين**

**CABINET DE MALADIES  
 CARDIOVASCULAIRES**

**الدكتورة سمية بوزيدي بن المجدوب الحسني**  
**اختصاصية في طب القلب و الشرايين**

خريجة كلية الطب - جامعة محمد الخامس - الرباط  
 طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن سينا - الرباط  
 متخصصة في الفحص بالصدى - كلية بوردو  
 متخصصة في فحص الشرايين بالصدى  
 متخصصة في طب القلب عند الأطفال - باريس  
 طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفيات الجامعية - ستراسبورغ / باريس

Date : ..... 13/11/19 .....

mm

CHAOUICI

Kalhoum

83,70

1° Romac 300mg

22,00

2° Clarice

1cp x 7j

1cp le soir

3° Poliprane 1000g

1cp x 3/j au besoin.

105,70

PHARMACIE BAB ABAYAN  
 AV IBN AL HAYTAM N°60  
 LAAYAYDA SALE  
 FIX 05 37 87 14 84

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 193E004  
PER : 04 2021  
6 118000 066347 1  
Casablanca  
Rabat  
strasbourg / Paris



عيادة أمراض القلب والشرائين  
CABINET DE MALADIES  
CARDIOVASCULAIRES

الحسني  
الطبيب  
الرباط  
6 118001 130290  
COSYREL 10mg/10mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 135,60 DH  
Servier Maroc - Casablanca

متخصصة في فحص الشرايين بالصدى  
متخصصة في طب القلب عند الانتقال - باريس  
طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفيات الجامعية - ستراسبورغ / باريس

Date : 13-11-19.

pour CHAOUKI Kaltoun  
135,60  
1<sup>er</sup> - Cosyrel 10/10mg  
30,70  
2<sup>nd</sup> - Kardegic 75mg  
57,80  
3<sup>rd</sup> - LDNOR 10mg  
224,101  
1<sup>er</sup> - 1cp/jj de 8h  
2<sup>nd</sup> - 1cp/jj a 19h  
3<sup>rd</sup> - 1cp/jj de 8h

PHARMACIE BAB ARRABAN  
AV. IBRAHIM EL HAYTAM N°60  
LAAYAYDA SALE  
FIX 05 37 87 14 84

LOT : 191120  
UT AV : 07/2022  
PPV:57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ  
عن طريق الفم

٥  
اللا-زور  
أنورفاستاتين


فرصة ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

  
**COOPER**  
PHARMA

6 118000 082217  


# Clartec®

Loratadine

10 mg

Médicament Antiallergique

Voie orale

10 comprimés



Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés ○



6 118000 090205

Laboratoires Pharmaceutiques

PHARMAS 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

~~83170~~

LOT: 0156002  
PFI: 01-2021  
PDI: 83170

1

83170

**ROMAC<sup>®</sup>**  
roxithromycine

**300 mg**

7 Comprimés

*At home  
at night*

ROMAC<sup>®</sup> 300 mg ○

6 118000 230274

