

## 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 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° W19-483986

MD-18555

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6469 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAHMOUKE Rachida

Date de naissance : 05/12/1961

Adresse : L'OP OCEAN BAY ETC RDC

Appartement n°3 GHG - DAR BOUAZZA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/19

Nom et prénom du malade : MAHMOUKE Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Diabète 2ème type

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 : Casa Le : 21/11/2019

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
21/11/19		32500		INP : 0910184019 Dr. Khadija CHARNOUR Spécialiste Endocrinologie Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii Oujda - Casa - Tél: 0522 89 79 34

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BOUZIANE PHARMACIE AL OUMMA LAHLALFA - DAR BOUJOU Tél: 022 - 88 52 84 GSM: 001 88 02 19	21/11/19	153240

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

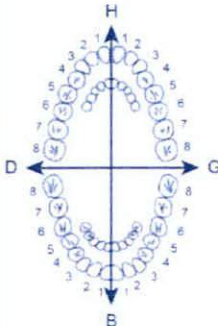
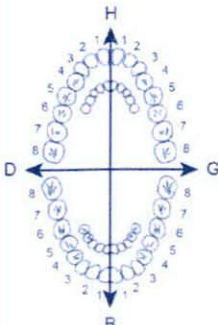
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

Dr Khadija CHERKAoui ZAHOU.

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION



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



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



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

الدكتورة خديجة الشراكوي زهواني

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسية سابقا للمركز الجهوي  
لأمراض السكري

Casablanca, le

21

11

19

NAHNOUKI Rachida

13.40 x 3 =

Levothyrox 50 µg

60.40 x 4 =

Amarel 2 mg

437.00

19 2 x 3

Takum 50 mg

28.00 x 2

glucosyl 100 mg

207.00

metec 10

26.20

lyso 100

Detensiel 10

رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع الألف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 79 34  
N°100, Résidence Ofoq Bd. Oum Rabii Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 89 79 34



57.80 x 3

coska 10



153 240

Uw

Sm

Dr. Khadja CHARKAOUI ZAHOUANI  
Spécialiste d'Endocrinologie  
Diabétologie  
100, Résidence Al Oud Ed. Oum Rabii  
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

Saad BOUZHINE WARTINI  
PHARMACIEN OUMRANE  
LAHLEL DAR KOUCH  
Tél: 0522 98 52 54  
GSM: 0522 86 02 19

LOT : 19E001  
PER: 06 2022  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001  
PER: 06 2022  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40



70027234/010414-;  
6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

LOT : 19E001  
PER: 06 2022  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001  
PER: 06 2022  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40



LOT 191701  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191701  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

207,00

207,00

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
7862160236  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
7862160236  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DYSOPURIC®  
Ailapuralol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés  
PPV : 26,20 DH  
6 118000 190561

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV: 57,80DH

LOT N°:

PPV (DH) :

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV: 57,80DH

LOT N°:

PPV (DH) :

LOT : 191458  
UT AV : 09/2022  
PPV: 57,80DH

PPV (DH) :