

# 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 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

N° = 20765

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAIDI NOHAR Date de naissance : 15-11-41

Adresse :

Tél. : 0661214793 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAIDI NOHAR Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2020	531,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

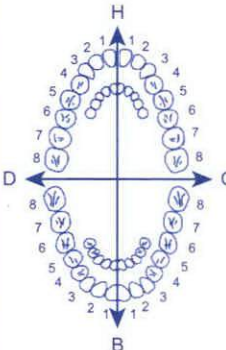
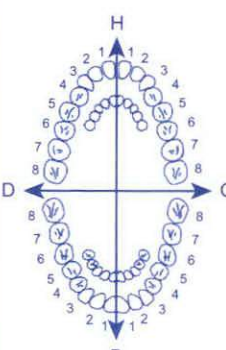
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE DU CROISSANT**  
**DR BOUCHENTOUF NADIRA**  
**3, BD SOUR JDID, CASABLANCA**

Patente N°: 35204671  
N° R.C. : 137490  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale :  
ICE : 001597948000034

Tél : 0522220261

Le : 03/01/2020

MR SAIDI MOHAMMED

**FACTURE : 59852 du : 03/01/2020**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	BIONIME BANDLETTE/25	100.00	100.00	20.00%
1	KARDEGIC 75MG BT/30 STS	30.70	30.70	0.00%
1	STAGID 695MG 100CPS	107.60	107.60	0.00%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79.00	79.00	0.00%
1	TAREG 80MG 28CPS	131.50	131.50	0.00%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	83.10	83.10	0.00%
<b>Total TTC</b>			<b>531.90</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQ CENT TRENTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0.00	431.90	0.00	431.90
20.00%	20.00	83.33	16.67	100.00
		<b>515.23</b>	<b>16.67</b>	<b>531.90</b>

ICE : 001597948000034  
Tél : 0522220261  
Sour JDID - Casablanca  
PHARMACIE DU CROISSANT

**STAGID® 700 mg**  
metformine émonatée  
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites  
تجنب التجاوز بالاقطار الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
التامة - بصرف فقط بناء على وصفة طبية



STAGID® 700 mg  
100 comprimés



TENORMINE® 100 mg  
28 COMPRIMÉS  
PILULES SÉCABLES

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تنورمين 100 ملغ  
28 حبة قابلة للتقسيم

83,70

LOT : 19E003  
PER.: 04/2021

KARDEC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT  
EXP  
PPV

190096  
01 - 2022  
107,6

107,60

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc  
1, rue route nationale 111 Quartier industriel Zenata -



6118001030316

TAREG 80-mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip



2020-12-08

LOT

211911001



**GS300**

**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip

**25** PCS (a vial of 25)

