

# 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.

## 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'Horizon  
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

Compte n° 24819  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0030012

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : H. Rchi Bouchoib  
Date de naissance : 07/02/2090  
Adresse : 0762720508  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. ELAZIZ Nora  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Av. Lalla Asma, Residence ADAM II  
Im. 2, Apt. 8, 2ème Etage, Tabreki-Salé  
Tél. : 05 22 42 05 30 (CCM) - 05 22 64 60 57  
Date de consultation : 17/02/2090  
Nom et prénom du malade : Mr. H. Rchi Bouchoib 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 :  
Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030012

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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
12/02/2020	C		320,00	
22/02/2020	C			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA DOMITIENNE Dr. ASMAA DEBBAGH Avenue Mohamed El Qori, Maha N°5 Mimosa Kénitra Tél : 05 37 37 32 53	17.02.20	127,60
	22/02/20	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Kamel Mohamed Bureau N°1, 1er étage 05 37 32 79 20	18/02/20	B90	120,60

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Dr. ELAZIZ Nora

Médecin spécialiste des maladies  
de l'appareil digestif et du Foie  
Diplômée de la faculté de  
médecine de Rabat et de Paris 7



## الدكتورة العازيز نورا

طبيبة اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
وكلية باريس ديجيرو بفرنسا

Salé le : 12/09/2020

### Ordonnance

سملا ف

21,30

M. Hinchu Boncharib

1) Dermaspt PH8:

Boîte de siège x 2 / 10

2) Moridil poud et suppr.

1 sup x 2 / 10 Pdt 15g

3) AZOL 400g:

21,30 x 2 sup présence à Remon  
= 42,60

127,60



LOT: 351  
EXP: 04/22  
PPC: 54.50DH

PHARMACIE L'HOTEL  
Mme CHASSAGNE  
412 Avenue Mohammed V KENitra  
Tel: 05 37 37 13 91 / 05 37 37 29 40  
ICE 001708442000028

Dr. ELAZIZ Nora  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Av. Lalla Asma, Résidence ADAM II  
Tabrikt Salé



Médecin spécialiste des maladies  
de l'appareil digestif et du Foie  
Diplômée de la faculté de  
médecine de Rabat et de Paris 7

طبيبة اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
وكلية باريس ديدروفرنسا



**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
8001440016

Salé le : 99/02/2080 : سلافي :

## Ordonnance

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60.00 Dhs



6 118001 440016

**ERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
per protéinsuccinate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

60,00 X 3 = 180,00

7) Complex up:  
4860 sup 15 Pdt 2 mois

21) Dens forte 100000 vΣ.

2/ Blue jeans  
u850x3 sup / 15g Pdt mis (3up)  
3/ Tiberal 500g  
P-TINE 1000

PHARMACIE LA DOMITIENNE  
Dr. ASMA DEBBAGH  
Avenue Mohamed El Qori,  
Imm Maha N°5 Mimosa Kénitra  
Tél. : 35 37 37 32 53 PH

INPE  
Qori,  
Kénitra  
53 PHARMACIE LA DOMITIEUNE  
Dr. ASMAA DEBBAGH  
Avenue Mohamed El Qori,  
Mimosa Kénitra  
53  
PHARMACIE LA DOMITIEUNE  
Dr. ASMAA DEBBAGH  
Avenue Mohamed El Qori,  
Mimosa Kénitra  
53  
INPE  
53607

INPE  
052021607

PPV: 49.60 PH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

LOT: 19003 PER: 02/2024  
PPV: 48,50 DH

LOT: 19041 PER: 04/20/4  
PPV: 48,50 DH

DOT: 19041 PER: 04/2020  
PPV: 48,50 DH



مختبر ابن سينا للتحليلات الطبية  
Laboratoire Ibn Sina d'Analyses Médicales

Biochimie Clinique - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie  
Parasitologie - Mycologie - Spermologie

Dr. Kamal NAKARI

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales.  
Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.  
Du Managment de la Qualité en Biologie Médicale - Université de Bordeaux.  
Du de Perfectionnement en Mycologie et Parasitologie - FMP Rabat

د. كمال النقاري

اختصاصي في التحليلات الطبية  
خرج كلية الطب والصيدلة بالرباط

ICE : 000423315000005

INPE : 053061602

I.F : 30501321

FACTURE N° : 200200977

KENITRA le 18-02-2020

Mr Bouchaib HIRCHI

Date de l'examen : 18-02-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
	Scotch-test (Oxyures par technique de Graham)	B50	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 120.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams soixante centimes.

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. Kamal NAKARI  
Biologiste  
461, Angle Av. Mohamed V et Ibn Abi Zraa  
Bureau N°4, 1<sup>er</sup> étage Nakhela 3  
Tél : 05 37 32 79 24 - Fax : 05 37 32 79 29