

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 047900

ND: 28878

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : P19 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zargi HAMADI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619 86124 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	
	G	

Montant des soins	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-348617	1065
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

250  
33720  
36220



W18-348617

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		Zargui Hamadi
Fonction :	Phones	061988624
Mail		

MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent	Conjoint	Zargui Hamadi
Enfant	Age	
Nature de la maladie		DT2
Date 1ère visite		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
05/06/2020	cs.	20000

PHARMACIE		Date
Montant de la facture		05.06.2020
		337,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		



# Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
nutrition et maladies métaboliques  
Diplômée de la faculté de médecine et  
de Pharmacie de Casablanca



Cabinet  
Endocrinologie

## الدكتورة لبنى بنيس

أخصائية في أمراض الغدد والسكري  
وال تغذية و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

دبلوم أمراض الغدة النخامية بباريس

دبلوم أخصائي في التغذية بمونبوليه

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômée en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris

- DIU en nutrition Montpellier

Casablanca le : 05/06/2020

78,70 x2 M<sup>r</sup> Zaoui Hammedi

- Diamidon 60g

44,70 1g per 1/2 5 levet  
a jeun

40 Zavis

- Glucophage 800g

45,20 x3 1g x 21

337,70

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء 2 الطابق 4، 12، الدار البيضاء (فوق أسياما و BMCE)

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II, 4ème Etage - N°12

Casablanca (au dessus de ACIMA & BMCE)

Tél : 0522 61 22 24 / 0522 61 22 25 - E-mail : bennisloubna@yahoo.fr

LOT 200252  
EXP 02/2025  
PPV 45.20DH

LOT 200252  
EXP 02/2025  
PPV 45.20DH

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON®** 60mg  
30 comprimés



**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés



**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés



44,70

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON®** 60mg  
60 comprimés



78,70

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON®** 60mg  
60 comprimés



78,70

LOT 200252  
EXP 02/2025  
PPV 45.20DH

**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés

