

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043480

62224

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ABAN HATIA ep ABAD

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL LAOUAN IHHH. HPT N° 6

Hay ERALAN (CIL)

Tél. 06 69 26 36 79 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABAD Amel 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
ARMACIE OULMES ARAKI HAKIMA ANGLE BO GHANDI ET EL MANSOUR 360806	01/03/21	14.28,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

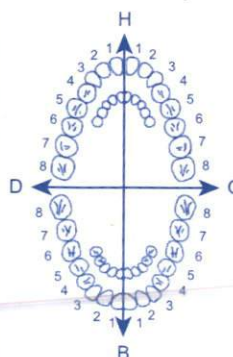
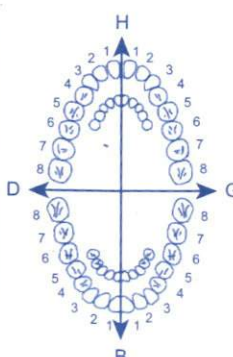
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, ainsi que le bilan

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-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </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

PHARMACIE OULMES  
LAKAKI HAKIMA  
ANGLE BO GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 360806

Facture N°: 455 526

Ref N°: 01/03/21/ 39

Client:

Client Comptoir

\*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
GLUCOPHAGE 1000MG	CO	4	28,00	112,00
NEBILET 5MG	CO	2	87,50	175,00
ODIA 2MG/30COMP	CO	1	40,00	40,00
XARELTO 15MG/14COMP	CO	2	529,00	1 058,00
ASPEGIC 100	PG	2	21,80	43,60

Total à Payer:	1 428,60
----------------	----------

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### MILLE QUATRE CENT VINGT HUIT DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES###

Le : 01-mars-2021

PHARMACIE OULMES  
LAKAKI HAKIMA  
ANGLE BO GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 360806

Vain malade by chérie

PHARMACIE OULMES  
LAKAKI HAKIMA  
ANGLE BO GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 360806

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. 529,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090778

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. 529,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090778



LOT : 20E008  
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



**Odia® 2 mg**  
Glimépiride 30 Comprimés

أوضيا 2 ملغ

LOT 200965 2  
EXP 04 2023  
PPV 40,00

1000 mg  
Comprimé pelliculé

28,00

ثليكوفاج 1000 mg

28,00

• Possibilité de troubles digestifs : nausées, diarrhées, son, éruption, urticaire et gonflement du visage.  
• Réactions cutanées allergiques telles que démangeai-  
incapables d'expectoration efficace.  
• Risque d'aggravation de l'encombrement bronchique notamment chez le nourrisson et chez certains patients  
soit pas sujet.  
d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y  
granules pour solution buvable en sachet est susceptible  
Comme tous les médicaments, EXOMUC® 200 mg,  
EVENTUEL

**NEBILET®**

nebivolol 5 mg

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés O

PPV 87DH50

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés O

PPV 87DH50

Adultes et enfants de 7 ans et plus de 7 ans : un comprimé par jour.

LOT 201389  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

• votre médecin ou à votre  
en cas de grossesse, en cas  
grossesse et l'allaitement  
s produits de phytothérapie ou  
s aliments et les boissons  
ou à votre pharmacien.  
cament obtenu sans ordonnance,  
d'autres médicaments  
OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS  
ou du duodénum.  
être utilisé avec prudence en cas  
lot :  
IEN.  
S DE VOTRE MEDICIN OU DE  
UTE, IL EST INDISPENSABLE DE  
une intolérance au fructose (maladie  
médicament est déconseillée chez les  
avant de prendre ce médicament.  
s a informé(e) (d'une  
une réévaluation  
symptômes. Dans  
devra pas être  
e traitement par ce  
asséchant les sé  
ne pas prendre de médi  
péciales :  
avec EXOMUC® 200 mg, granules  
CIENT.

28,00

s EXOMUC® 200 mg granules



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 04/03/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné: M<sup>me</sup> AGRAH Halima M<sup>le</sup> Joss.

Certifie que Mlle, Mme, M R ABAS. Bonchaïs (Conjoint)

Présente De la maladie Trouble du rythme

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance: GLUCOPHAGE 1000mg - NEBILET -  
XARELTO 15mg - COAPROVEL 300 / 125 mg.

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

DR. NASSIM QARTI  
CARDIOLOGUE - RHYTHMOLOGUE  
3, Bd Franklin Roosevelt (Ex. Bd. Mohammed VI) - Casa  
Tél: 05 22 36 04 05 - GSM: 06 61 24 30 06

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com