

# 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

- Reclamation : 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 Angie Rue Mohamed Hachem et Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LQ) - Fax : 05 22 20 76 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-608982

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société : CA 64317

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouled Boumechdi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue Al Kasbah N° 54 Hay Linbiat Sale

Tél : 0644.64.6868 Total des frais engagés : 471,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BRAHIMI LAREBI MEDICINE GENERALE 24, RUE SOUHA 24, RUE KARIMA SALE

Date de consultation : 30/01/2021

Nom et prénom du malade : Ouled Boumechdi Mira Age : 67 ans

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 cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sale Le : 19/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-608982

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 : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumechdi Mira

Total des frais engagés : 471,20 Dhs

Date de dépôt : 19/03/2021



# 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
30.1.21		2	200	INP : 10203615

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/2021	173,30 - 97,90

# 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
		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'O.D.F.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



## الدكتور براهيم حبيب

QULAD Bonmach

الطب العام

Salé, le 20.1.21 في

DepEd Div. Office (D)

247002

4696

46.9.

30/11/2019

5.1.10

5/6/20

173.30

37، زينة السويهلة حي كريمة 2 - سلا الهاتف 05.37.85.31.06



THIOCOLCHICOSIDE

# Coltrax

®



6 118000 120339

Coltrax<sup>®</sup> 2 ml  
6 ampoules



Solution injectable  
6 ampoules de 2 ml

Injection par voie intramusculaire

Indications  
posologie  
mode d'emploi  
contre-indications

voir notice أنظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات  
مقادير  
كيفية الإستعمال  
حالات مدم الإستعمال

محلول للحقن  
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081819

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

# كولتراكس

تيوكولشكزید

Formule 2 ampoules



THIOCOLCHICOSIDE

# Coltrax

®



6 118000 120339

Coltrax<sup>®</sup> 2 ml  
6 ampoules



Solution injectable  
6 ampoules de 2 ml

Injection par voie intramusculaire

Indications  
posologie  
mode d'emploi  
contre-indications

voir notice أنظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات  
مقادير  
كيفية الإستعمال  
حالات مدم الإستعمال

محلول للحقن  
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081819

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

# كولتراكس

تيوكولشكزید

Formule 2 ampoules



# xénid 75 mg/3 ml

Diclofénac

LOT : 1342  
PER : 09/22  
PPV : 46,90 DH

solution injectable IM  
6 ampoules

xénid 75 mg/3 ml  
6 ampoules IM

xénid 75 mg/3 ml

6 ampoules injectables IM



6 118000 140504

Laboratoires Biogalénique



# xénid 75 mg/3 ml

Diclofénac

LOT : 1342  
PER : 09/22  
PPV : 46,90 DH

solution injectable IM  
6 ampoules

xénid 75 mg/3 ml  
6 ampoules IM

xénid 75 mg/3 ml

6 ampoules injectables IM



6 118000 140504

Laboratoires Biogalénique



Pfizer

**DEPO-MEDROL®**

ديبو ميترول®

**80 mg/2 ml**

80 مغ/2 مل

**suspension injectable/** مستعلق للحقن

acétate de méthylprednisolone/ أسيتات ميثيل برينيزولون

2 ml Seringue/ حقنة 2 مل

I.M. - يُحقن عن طريق العضل

Titulaire/ مالك حق التصريق:

Pfizer SA, 17 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

Titulaire de l'AMM Marocain/ مالك حق التصريق في المغرب:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0,5, Route de Qualidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

Fabricant/ المصنع:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance  
Liste I

يصرف بوصفة طبية. لائحة I.



Pfizer

DEPO-MEDROL 80MG/2ML INJ

6 118001 170487

Laboratoires Pfizer S.A.

يحتوي ديبو ميترول 80 مغ/ 2 مل على 80 مغ من أسيتات ميثيل برينيزولون في 2 مل من مستعلق قابل للحقن (40 مغ/مل).

الساعات: مأكروغل 3350؛ كلوريد الميريسيتيل  
جما بيكلولين؛ كلوريد الصوديوم؛ ماء للحقن.

يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال. يحفظ في درجة الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).

يرجى قراءة النشرة قبل استخدام.  
رج جيداً قبل الاستخدام.

LOT/EXP.:

EC4318  
01/2025  
P.P.V:37DH70

PAA100881