

## 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

- Réclamation : 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 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-452552

7 24 86

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société : R. A. M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DRIQUICHE Yed EL Mehdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 850,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.05.21

Nom et prénom du malade : DRIQUICHE Yed EL Mehdi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Casablanca Le : 26 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-452552

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 : 10817

Nom de l'adhérent(e) : DRIQUICHE

Total des frais engagés : 850,40

Date de dépôt : 26/05/2021



# 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
21.05	21.5	5	5	INP : 1090004474

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/14	83,40

# 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
		AM	PC	IM	IV	

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 :

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	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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 21.05.21

**ORDONNANCE**

Docteur : .....

Ordonnance pour

119,30 x 2

1) orokon (enfants)

S.V

(2 fois)

Age : 04ans

Poids : 20kg

1) orokon (enfants) 2x1; 119,30 x 2

S.V

2) Doliprésentique (Sirop)

(2 fois)

1) orokon (enfants) 2x1; 119,30 x 2

S.V

3) Singulier le mg

(2 fois)

1 sachet le soir (ft de 2 mois)

IBN ROCHD  
Centre Hospitalier Universitaire  
20 Août 1953  
Casablanca - Tél. : 05 22 48 30 30 / 31 / 32 / 33 - Fax : 05 22 27 94 07



4) Ventoline spray

1's

(1 hste)

45.30

A bon ffr en cas de crise

5) Ventoline pour nébulisation

1's

(1 hste)

29.10

1 pul si l'enfant a un mal de ventre physiologique

pour nébulisation

850.40

DR EL BOUHA RAJAA  
Secrétaire de  
CHU Ibn Rochd Casablanca

صيدلية مولاي إدريس الأول  
Pharmacie My Idriss 1er  
Mme. Sana Bouzra  
60, Bis Bd Moulay Idriss 1er  
Casablanca Tel: 0522 28 04 05

**OROKEN®**

ENFANTS / FOR CHILDREN

**100 m**

céfexime / cefi

Poudre pour suspension  
Powder for oral suspensi

1 flacon/bottle = 200 doses-kg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr n 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
118001 080052

**OROKEN®**

ENFANTS / FOR

**100 m**

céfexime / cel

Poudre pour suspensio  
Powder for oral suspension in bottles

1 flacon/bottle = 200 doses-kg

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr n 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
118001 080052



**SINGULAIR®****4 mg****granulés****Montelukast****Pour les enfants de 6 mois à 5 ans**

28 sachets.



Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc

P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 &gt;



**SINGULAIR®****4 mg****granulés****Montelukast****Pour les enfants de 6 mois à 5 ans**

28 sachets.



Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc

P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 &gt;



# Ventoline

SALBUTAMOL



0,5 pour cent  
(5 milligrammes/ml)

Solution pour inhalation  
par nébuliseur

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 29,50 DH



6 118001 141296

ID: 645445





# Ventoline

SAI



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

100

microgrammes/  
dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
200 DOSES