

# 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)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 069833

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société : R

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 93361

Nom & Prénom : DRIF, FATIMA

Date de naissance : 22/12/1945

Adresse : 509, rue Boucmina Cas

Tél. : 0698311823 Total des frais engagés : 1460,00 + 300 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/10/21

Nom et prénom du malade : DRIF Fatima Age : 1945

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

Nature de la maladie : Diabète type 2

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 : Casa Le 22/10/2021

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
22/10/21		C2	300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFALAH Km 45 Casa-Alammour Lamharza B. Idid Tél. : 0661 392 612	22/10/2021	1460,40 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

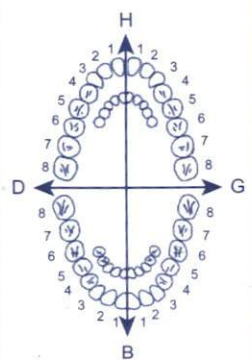
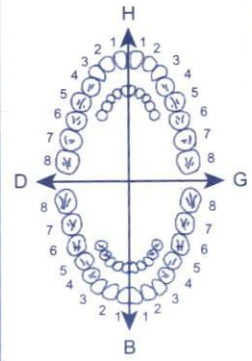
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholesterol

الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري

والغدد

السمنة - الكوليسترول

le 22/10/21.

M<sup>lle</sup> Drifi Fatima.

- Levotyrox 50.  $6,17 \times 13,40 \times 3 = 40,80$   
1 - - - - -
- Levotyrox 25  $6,80 \times 5 = 34,00$   
1 yr et  $\frac{1}{2}$  (S.V.)
- Humalog mix 50.  $\times 3$   
18 v le week  $111 \times 6 = 666,00$   
18 v le jour  $111,00 \times 6 = 666,00$
- Trajenta 5  $\times 3$   
0 - 1 - 0.
- Rozat 10.  $\times 3$   
0 - 0 - 1
- 302,00  $\times 500 = 1,44$

DR. ERRAJRAJI Zineb  
Endocrinologue Diabétologue  
Rue Youssef - Rue Boukraa  
Régence de Miramar 3<sup>er</sup> Etage N°3 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11

Pharmacie ALFALAH  
Km 45 Casablanca  
Lamassara N° 144  
Tél : 06 61 392 63

737، شارع مولاي يوسف زنقة بوكراع إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء  
737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar N°3, 1<sup>er</sup> Etage

Tél. : 05 22 26 52 11



Zetalex



muscleux 1; le 605 x 3;

Xyzal

(1kg)

90,50



1411

oval (Reo, 21 x 3)

1411

**DR. FERRAJRAJI Zineb**  
Endocrinologue Diabétologue  
77 Avenue Hassan el Moulay Youssef et Rue Boukhari  
Résidence W. RABAH 1er étage N°3 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11



Duore (1kg)

56,30



1kg / 15,

levamox 1g S. x 10

15 x 21;

124,00



**DR. FERRAJRAJI Zineb**  
Endocrinologue Diabétologue

77 Avenue Hassan el Moulay Youssef et Rue Boukhari  
Résidence W. RABAH 1er étage N°3 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11

total: 1460

**Pharmacie ALFALAH**  
Km 45 Casa-Azammour  
Lamharza Bir Jdid  
Tél : 06 61 392 612

total: 1460,40 DM

**Pharmacie ALFALAH**  
Km 45 Casa-Azammour  
Lamharza Bir Jdid  
Tél : 06 61 392 612

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
LAS LIX SPECIAL 500MG  
B30 CP  
PPV: 302,00 DH  
5 118001 082001

LOT 211096  
EXP 04 2025  
PPV 90 50

Xyzall 5 mg  
28 comprimés pelliculés

6 118000 021599

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21H30D  
EXP: 08/2023

LEVAMOX 1g/125 mg  
Poudre pour suspension  
buvable en sachet 16 SACHETS

6 118000 032939

PPV 124DH00

LOT 15035 4  
EXP 05/2023

LEVAMOX®  
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose  
1g/125 mg 16 SACHETS

Pharmacie ALFALAH  
Km 45 Casablanca  
Lazouan Air Jdid  
10 00 00 302 612

PPV: 147DH40  
PER: 03/23  
LOT: K732-1

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen  
Suspension injectable  
Bouteille de 1 stylo de 3 ml  
SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Boukoura, Maroc  
A.M.M. N° 34817 DMP/21NRQ

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH

6 118001 071807

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen  
Suspension injectable  
Bouteille de 1 stylo de 3 ml  
SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Boukoura, Maroc  
A.M.M. N° 34817 DMP/21NRQ

LOT D365076D.2  
UT AV 12 2023  
PPV 111.00 DH

6 118001 071807

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml Kwikpen  
Suspension injectable  
Bouteille de 1 stylo de 3 ml  
SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Boukoura, Maroc  
A.M.M. N° 34817 DMP/21NRQ

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH

6 118001 071807

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH

6 118001 071807

LOT D266466C.6  
UT AV 05 2023  
PPV 111.00 DH