

## 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](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 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° W21-696096

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 221 Société : 167304

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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 travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
	00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien		attestant l'exécution														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	Mle
DECLARATION N°		<b>P 14/0018579</b>	
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			



P 14 / 18579

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 0221
Nom & Prénom		Fatima Bouafra
Fonction	Sans	Phones 0663 139415
Mail		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 03.03.2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite 03.03.2022
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<p>Infirmité congénitale + Troubles de la mastication</p>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Consultation	02	0210
<b>PHARMACIE</b>		Date 03/03/22
Montant de la facture		642.80
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



# عيادة أمراض النساء و الولادة

## Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

Consultation sur rendez-vous

الدكتور م.ن. الزهيري

**Dr. Zhiri M.A.**

أمراض النساء و الولادة

الفحص الصوتي

Gynécologue-Accoucheur

Echographie

*Boughe Fatma*

الدكتور أ. حمدوش

**Dr. Hamdouch A.**

أمراض النساء و الولادة

الفحص الصوتي

Gynécologue-Accoucheur

Echographie

### ORDONNANCE

Casablanca, le 03.03.2022

الدار البيضاء، في  
PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI Halima  
24, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 27 73 44

116.40

*Floxacin 500 : 2 cp*

11.70

*IOPLERL : 1 cp*

58.40

*EFFIPRO 204p : 3p*

100.00

*AZUTHULOCAS. 1cp*

59.30

*BREXIN : 1 cp*

119.50 + 2 = 239.00

*ATACAND 44p : 1 cp*

54.00

*DISPENTAZIN 500 mg*

642.80

Dr. Mohammed ANNACIR  
ZHIRI  
Gynécologue-Obstétricien  
192 Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 20 20 73 / 174 / 75

إقامة بغداد - 192 ، شارع الزرقطوني - زاوية زنقة موسى ابن نصير - الدار البيضاء

Résidence Baghdad, 192 Boulevard Zerkouni - Angle Rue Moussa Ibnou Noussair - Casablanca

الهاتف : 0522 20 20 75 / 20 20 74 / 20 20 75 - الفاكس : 0522 20 20 75

PPV 116DH40 LOT 99039 2  
EXP 09/2021

**FLOXAM**<sup>®</sup>

Flucloxacilline

**500 mg** 24 gélules

**EFFIPRED<sup>®</sup> 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 10/2024  
LOT 10022 8

LOT: 21E019  
PER: 06 2023  
TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V.: 15DH70  
118000 060901

LOT: 21E001  
PER: 03 2023  
DUSPATALIN 200MG  
GELU 820  
P.P.V.: 54DH00  
118000 010531

SYNTHEMEDIC  
22 rue Souhaiter benou al souam roches  
noires casablanca  
ATACAND

4 mg  
Bte de 30  
13876 DMP/21NRQ P.P.V.: 119.50DH  
6 118001 020522

SYNTHEMEDIC  
22 rue Souhaiter benou al souam roches  
noires casablanca  
ATACAND

4 mg  
Bte de 30  
13876 DMP/21NRQ P.P.V.: 119.50 DH  
6 118001 020522

DEPUIS 1959  
SINCE 1959

# Alvityl<sup>®</sup>

## TONUS

**GINSENG & CAFÉINE**  
10 Vitamines, 2 Minéraux  
**GINSENG & CAFFÉINE**  
10 Vitamins, 2 Minerals

**STERIPHARMA**  
complément  
alimentaire n'est pas  
médicament  
PPC:100,00 dh



**COMPLÉMENT ALIMENTAIRE**  
FOOD SUPPLEMENT

**COMPRIMES/TABLETS**  
**EFFERVESCENTS**  
**x 20**

**GOÛT ORANGE**  
**ORANGE FLAVOUR**

dès **15** ans  
from **15** years old

# Brexin<sup>®</sup>

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

voie orale

 chiesi

LOT 14712  
PER 07/2  
PPV 59030

59.30