

# 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.

## Éducation :

- 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.

## Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

6 : 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° P19- 049496

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 230 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 120094  
Nom & Prénom : ARRIF Mohamed  
Date de naissance : 14.05.1932  
Adresse : JAMILAT, Cité Jamaa, Rue 165 N°112  
Tél. : 0522577607 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 05/03/2022  
Nom et prénom du malade : HATLAZahia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète  
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 : / /  
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
05/03/2022	CS # gratuit			<p>Dr. BELHADJ BEKRAM</p> <p>Endocrinologue Diabétologue</p> <p>Appt 4 - Mohammedia</p> <p>Tel : 05-225814242</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE CHARM CHEIKH SARI</p> <p>600 LOTS HAMMA 2 AV AL QODS</p> <p>AIN CHOCK - CASABLANCA</p> <p>Tel : 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18</p>	05/03/2022	383

## 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 de l'OD

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'E



**Docteur Leïla BELHADI BENSAMI**

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

**Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie**

**Nutrition et Maladies Métaboliques**

(Diabète, Cholestérol, Hormones, Thyroïde, Hypophyse, Surrénales)

Troubles de Croissance et de puberté, Stérilité, Obésité ...)

Cabinet



**الدكتورة ليلى بلهادي بنسامي**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

**أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية**

(السكري، الكولسترول، الهرمونات، الغدة الدرقية، الغدة النخامية، أمراض النمو والبلوغ، العقم، السمنة...)

**05 mars 2022**

**Mohammedia, le**

**Mme HATLA ZAHIA**

**M**

**1/ NOVOMIX 30FLEXPEN**

30 U LE MATIN

12 U A MIDI

20 U LE SOIR

**2/ STAGID 700**

1-1-1

**3/ ROZAT 10**

0-0-1

**4/ LAROXYL GOUTTES**

5 GOUTTES / J LE SOIR

**5// BANDELETTES ACCUCHEK + LECTEUR GLYCEMIQUE**

1BD 4X JOUR

**6/ LES AIGUILLES A STYLOS 4 MM**

traitement pendant 3 Mois

**7/ LOTON 1000 GEL (4 boîtes)**

**8/ tabor 10 (une boîte)**

0-0-1

**9/ BALLOUNYL**

**10/ MEDIVEINE 600 (3 BOITES)**

**Rue Safi, Imm. Ismail, 1er étage Appat 4 - Mohammedia**

**Tél : 05.23.31.47.47 - Urgence : 06.61.93.20.28**

**E-mail : leilabelhadi3@gmail.com**





LOT

479506

022-06-30

GTIN 04015630982110

**ACCU-CHEK®**  
Performa

06454011

**50 Test Strips**For the determination of  
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Connect  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

IVD

he

**Laroxyl® 40 mg/ml** ○  
Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

NovoMix® 30 FlexPen® ○  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml

8-9674-73-270-1



6 118001 121298

Stagid® 700 mg ○  
100 comprimés sécables

6 118000 021292

Stagid® 700 mg ○  
100 comprimés sécables

6 118000 021292

Stagid® 700 mg ○  
30 Comprimés sécables

6 118000 021285

NovoMix® 30 FlexPen® ○  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-1



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen® ○  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml

8-9674-73-270-1



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen® ○  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml

8-9674-73-270-1



6 118001 121298

Fabriqué par :  
100-117 2ème indication  
100-117 2ème indication  
100-117 2ème indicationLOT: 200214  
DLUO: 06/2023  
63,30DH

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.





\* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

Lioton 1000

gel



6 118001 150021





\* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

Lioton 1000

gel



6 118001 150021





\* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

Lioton 1000

gel



6 118001 150021





\* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel  
tube de 50g  
PPV 49DH50

Lioton 1000

gel



6 118001 150021



# Médiveine<sup>®</sup>

## diosmine

# 600 mg

30 Comprimés sécables  
Voie orale



LOT 2 1 1 3 3 2  
EXP 0 5 2 0 2 4  
PPV 6 0 . 0 0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





# Médiveine<sup>®</sup>

## diosmine

# 600 mg

30 Comprimés sécables  
Voie orale



LOT 2 1 1 3 3 2  
EXP 0 5 2 0 2 4  
PPV 6 0 . 0 0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





# Médiveine<sup>®</sup>

## diosmine

**600 mg**

30 Comprimés sécables  
Voie orale



LOT 2 1 1 3 3 2  
EXP 0 5 2 0 2 4  
PPV 6 0 . 0 0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





Pfizer

 **TAHOR**<sup>®</sup>  
atorvastatine

**10**mg

**TAHOR**<sup>®</sup> 10mg 

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

**28**  
COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

UT. AV. : 0 1 2 3 P.P.V

LOT N° : 1 2 9 1 2 2 4

79,00