

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise 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.

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° M21- 070378

11332

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 124 N Société : DAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : THAIU ZINEB
Date de naissance : 24 2 1948
Adresse : Memmi, Rue 22, n° 18 - 20 Hay
Mandari, CASABLANCA
Tél. : 0661418481 Total des frais engagés : 2972,50, dont Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2022
Nom et prénom du malade : Mme THAIU ZINEB Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète type 2 insulino dépendant
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 : 18/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
de 16/02/22	const anal			
INPE = 071056832				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

16/2/22 = 2971,50 =
INPE 062053491

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

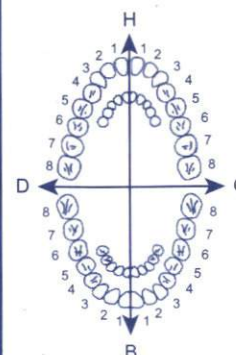
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

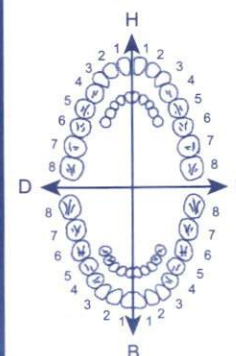
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
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

26/02/2022

me Thaili Zireb

2x439,00 1)

Amor olra

24 UI Umatur

18 UI a Nioli

16 UI leon

x1mois

2x744,00

2) dantus

28 UI leon

x1mois

3x62,50

3) Unispos Replevi

x3mois

2x209,00

4) Approvase

300/110

1ep 15

x2mois

Pharmac SIDI ELAYDI
N°1 Sidi El AYDI
Tel : 0528 72 25 48

Medecin
Dr. BRUMIA Marianne
SIDI EL AYDI
Medecin
SIDI EL AYDI
Medecin
SIDI EL AYDI
Medecin

T₂ 297150

amlodipine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/10mg B38

Cp Pel
PPV : 209,00 DH



5 118001 082056

300 mg/10 mg

ine
te

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 300mg/10mg B26

Cp Pel
PPV : 209,00 DH



5 118001 082056

LAT 6250
EXP 05 2022
PPV 62.50

LAT 6250
EXP 09 2022
PPV 62.50

LAT 6250
EXP 11 2022
PPV 62.50

Notice :
Information pour l'utilisateur

 **Lantus® SoloStar®**

100 unités/ml
solution injectable en stylo prérempli
insuline glargine

SANOFI

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Veuillez également lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet

Adressez-vous à votre
ou à votre infirmier/ère
Recevez attentivement
concernant l
e sang et d
physique (t
d'injection
nie est tr
eils en c
in de ce



Pages
Avant de partir en voyage
pour vous informer sur
– disponibilité de votre
vous allez,
– fourniture d'insuline,
– conservation adéqua
le voyage,
– horaire des repas et
pendant le voyage,
– effets possibles du ch
horaire,
– nouveaux risques éve
dans les pays visités,
– ce que vous devez fa
d'urgence lors

Notice :
Information pour l'utilisateur

 **Lantus® SoloStar®**

100 unités/ml
solution injectable en stylo prérempli
insuline glargine

SANOFI

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Veuillez également lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet

Adressez-vous à votre
ou à votre infirmier/ère
Recevez attentivement
concernant l
e sang et d
physique (t
d'injection
nie est tr
eils en c
in de ce



Pages
Avant de partir en voyage
pour vous informer sur
– disponibilité de votre
vous allez,
– fourniture d'insuline,
– conservation adéqua
le voyage,
– horaire des repas et
pendant le voyage,
– effets possibles du ch
horaire,
– nouveaux risques éve
dans les pays visités,
– ce que vous devez fa
d'urgence lors

Notice :
Information pour l'utilisateur

 **Lantus® SoloStar®**

100 unités/ml
solution injectable en stylo prérempli
insuline glargine

SANOFI

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Veuillez également lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet

Adressez-vous à votre
ou à votre infirmier/ère
Recevez attentivement
concernant l
e sang et d
physique (t
d'injection
nie est tr
eils en c
in de ce



pages
Avant de partir en voyage
pour vous informer sur
– disponibilité de votre
vous allez,
– fourniture d'insuline,
– conservation adéqua
le voyage,
– horaire des repas et
pendant le voyage,
– effets possibles du ch
horaire,
– nouveaux risques éve
dans les pays visités,
– ce que vous devez fa
d'urgence lors