

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-708508

115396

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1984

Adresse : 29, Rue Abou Omar El Haute, 2 Ans

Tél : 0662 839339

Total des cotisations : 347,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2022

Nom et prénom du malade : YAAKOUBI Oumaima

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

Nature de la maladie : Accouchement

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) : oujma

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Docteur Khalid TAIBI  
Gynécologue Obstétrique  
45, Bd. Bir Anzarane Maarif  
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27  
Tél: 0522 25 17 97-0522 98 45 30



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/05/22        | C                 |                       |                                 | Docteur Khalid TAIBI<br>Gynécologie Obstétrique<br>45, Bd. Bir Anzarane Maârif<br>CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27<br>Tél: 0522 25 17 07 05 22 98 45 30 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacieur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE ALEXANDRIE<br>Mme BENJELLOUN FOUZIA<br>Docteur en Pharmacie<br>35, Boulevard Alexandre<br>Tél: 0522 86 13 13<br>IND. MAROC 2011 - IPE. N° 1027 626 000 0 | 30/7/22 |                       |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                  |             | H  |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H  |                  | G           |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 25533412   | 21433552         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | D  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 00000000   | 00000000         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 35533411   | 11433553         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | 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





## ORDONNANCE

Casablanca ٥٩/٠٢/٢٢ الدار البيضاء في

٧ = YAKOUN oumeime



صيدية الاستاذ  
PHARMACIE ALEXANDRIE  
Mme BENJELLOUN Fouzia  
Docteur en Pharmacie  
35, Boulevard Alexandrie  
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
INPE: 091004456 - ICE: 00 1837 636 000 007

Farbys  
m gel x 2 h x 30 j  
Oligos allégement

981 x 2  
Hiber 300  
m inject 3/c / j rdt 6 j

Betadone gynex

Triolite mbr x 2 h x 6 j

Docteur Khalid TAIBI  
Gynécologue Obstétrique  
45, Bd. Bir Anzane Maarif  
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27  
Tél: 0522 25 47 97-0522 98 45 30

هيبور

بیمپارین الصود یوم

3500 و ق مضادة 0,2 مل

حقن معبأة مسبقا  
بمحلول للحقن تحت الجلد



2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

LOT N°: 21206A  
EXP: 11 2023  
P.P.V: 98,50 DH

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml  
Bémiparine sodique  
2 seringues





2 seringues  
Bémiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

هيبور

3500 وحدة مضادة 0,2/0,2 مل

بيميبارين الصوديوم

حقن معبأة مسبقا  
بمحلول للحقن تحت الجلد



2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل

LOTN\*: 21206A  
EXP: 11 2023  
P.P.V: 98,50 DH

هذا المنتج هو حقنة معبأة مسبقا  
تحتفظ بخصائصها الفعالة  
وغير ملوثة ولا تحتاج إلى  
إجراءات إضافية قبل الحقن

250.3046.16946  
01.2

Amino acids

Omega-3

MBB



Oligos  
Allaitement

30 tablets + 30 softgel capsules

PFC: 150 DH

...taurine ; acide ascorbique ; extrait de malt d'orge (Hordeum vulgare L.) ; levure de  
...polyéthylène glycol (E466) ; agent de charge : amidon alimentaire modifié (E1451) ;  
...agglomérant ; stéarate de magnésium (E470b) ; glucoside de caryophyllène ; agent de charge :  
...ge : amidon de maïs, saccharose ; acétate de rétinol ; antiagglomérant : sirop colloïdal (E551)  
...ant : triglycérides à chaînes moyennes ; conservateur : butylhydroxytoluène (E321) ;  
...ar 1 capsule molle : huile de poisson, antioxydants : e  
...col végétal (E422).

ers duo (10 comprimés + 10 capsules d'oméga 3)

olisters (10 tablets + 10 omega-3 softgel capsule) ACL: 3 401 598 744 272

Fabriqué en France  
Manufactured in France  
Laboratoire CCD  
48 rue des Petites Écuries  
75010 Paris - France  
infomed@ccdlab.com



3 401598 744272