

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0014091

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2. A. 7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL BACHA EL GHITANI

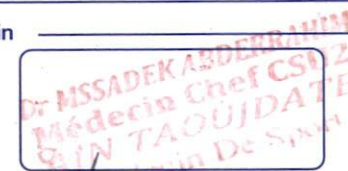
Date de naissance : 13/09/1978

Adresse : 1, Rue Mohamed El Bacha El Ghitani

Tél. : 06 11 27 59 90 Total des frais engagés : 4.3150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/06/2012

Nom et prénom du malade : EL BACHA EL GHITANI Age: 34

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 24/06/2012

Signature de l'adhérent(e) :

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
24/06/2022	G1	21	GS	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/6/2022 431.52

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### 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

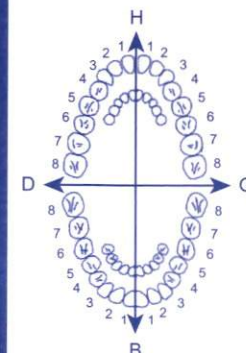
Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

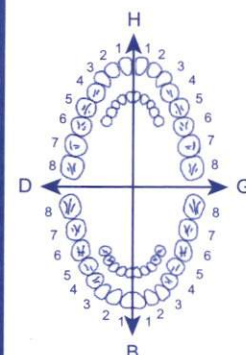
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

6 24/06/2022

CPGHAI - gl'Hare


37.30 x 3


- Zyl 400 

- Zyl 400 paired v'p

89.50

- M & G He DRP

le 64.10 

- A Amy 400 

67.20

- Long 400 

98.80

- Ne 400 

431.50



67,20

Dr. MASSADER ABDERRAHMAN  
Medecin chef CHU  
MIN TAOU DATE  
Medecin De Sport

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 03/2024  
LOT 12019 5

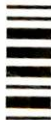
COMPOSITION

Albendazole .....400,00 mg  
pour un comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.  
A conserver à une température ne  
dépasant pas 30°C.

P7106/1218  
F1767



BN 383874  
MFG 01/2019  
EXP 12/2023



Voie orale

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste II. Uniquement sur ordonnance.

Titulaire d'AMM au Maroc  
GlaxoSmithKline  
Ain El Aouda  
Region de Rabat.

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé

01/2019  
BRITEPAK  
8

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole

Voie orale

Boîte de 1 comprimé

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH  
ID : 632802  
6 118001 141364

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé



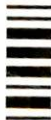
**COMPOSITION**

Albendazole .....400,00 mg  
pour un comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.

**Lire la notice avant utilisation.**

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.  
A conserver à une température ne  
dépasant pas 30°C.

P7106/1218  
F1767



BN 383874  
MFG 01/2019  
EXP 12/2023



Voie orale

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste II. Uniquement sur ordonnance.

Titulaire d'AMM au Maroc  
GlaxoSmithKline  
Ain El Aouda  
Region de Rabat.

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé

01/2019  
BRITEPAK  
8

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole

Voie orale

Boîte de 1 comprimé

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH  
ID : 632802  
6 118001 141364

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé

COMPOSITION

Albendazole .....400,00 mg  
pour un comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.  
A conserver à une température ne  
dépasant pas 30°C.

P7106/1218  
F1767



BN 383874  
MFG 01/2019  
EXP 12/2023



Voie orale

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste II. Uniquement sur ordonnance.

Titulaire d'AMM au Maroc  
GlaxoSmithKline  
Ain El Aouda  
Region de Rabat.

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé

01/2019  
BRITEPAK  
8

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole

Voie orale

Boîte de 1 comprimé

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH  
ID : 632802  
6 118001 141364

**ZENTEL** 400mg  
Albendazole  
comprimé