

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0018855

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3521 Société : A23566  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Boukri Bouchoir  
 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0018855

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

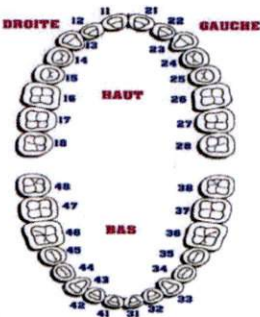
Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient  
masticatoire

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de



	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	G	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

## DECLARATION N°

W18-405856

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



W18-405856

DATE DE DEPOT

...../...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Boukhia Saadiah

Fonction : I

Phones

0662649889

Mail

Signature de  
l'adhérent  
  
Signature de  
l'adhérent

## MEDECIN

Prénom du patient

Boukhia Saadiah

Adhérent

☒

Conjoint

☐

Enfant

☐

Age

70ans

Date

...../...../.....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Diabète insulino dépendant

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
Honoraires

25000

## PHARMACIE

Date

19/07/2022

Montant de la facture

2497,60  
210,00

Signature et  
cachet du pharmacien  
SAIDA MED  
05 22 38 21 70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

**Dr LAMYAA EL ALAMI**

**Spécialiste en Diabétologie  
Endocrinologie et Nutrition**



**الدكتورة العلمي لمياء**  
اختصاصية في داء السكري  
أمراض الغدد الصم و التغذية

Casablanca le: .....19/07/2022.

**Mme BOURKIA SAADIA**



**1/ LANTUS SOLOSTAR**

24ui le soir

**2/ NOVORAPID**

8-6ui matin 10ui midi 6ui soir

**3/ GLUCOPHAGE 850**

21cp x 2/j après repas

4) Tensitec 5mg

1cp/j

249760

**Dr. EL ALAMI Lamyaa**  
Spécialiste En Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
162, Route Ouled Ziane - Casablanca  
Tél.: 05 22 82 25 41  
INP: 091028480

**PHARMACIE EL ALAMI**  
Mme. L. EL ALAMI  
Pharmacienne  
86, Bd El Joudy Salmia  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél : 05 22 82 25 41

**Sur RDV بالموعد**

162 طريق أولاد زيان، الطابق 3 ، لاجيروند قرب شركة إيغيل ، الدار البيضاء  
162 Route Ouled Ziane, 3<sup>ème</sup> étage, Quartier La Gironde près de la société Aiguebelle,  
Casablanca - Tél.: 0 522 822 541



**Dr LAMYAA EL ALAMI**

**Spécialiste en Diabétologie  
Endocrinologie et Nutrition**



**الدكتورة العلمي لمياء**  
**إختصاصية في داء السكري**  
**أمراض الغدد الصم والتغذية**

Casablanca le: 19/02/2022

**Dr. EL ALAMI Lamyaa**  
Spécialiste En Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
162, Route Ouled Ziane - Casablanca  
Tél.: 05 22 82 25 41  
INP : 091023480

**Dr. EL ALAMI Lamyaa**  
Spécialiste En Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
162, Route Ouled Ziane - Casablanca  
Tél.: 05 22 82 25 41  
INP : 091023480

20,00x3

**BANDELETTES GLYCÉMIQUES**

1uj x 5/j

**AIGUILLES 6MM POUR STYLO À INSULINE**

70.00

1x2/j

**LANCETTES**

1x2/j

210,00

**TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS**

**SAIDA MED**  
Pharmacie  
162, Route Ouled Ziane - Casablanca  
Tél.: 05 22 59 99 15 / 05 22 59 47 47

**Dr. EL ALAMI Lamyaa**

Spécialiste En Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
162, Route Ouled Ziane - Casablanca  
Tél.: 05 22 82 25 41  
INP : 091023480

Pharmacie Salmia  
166, Bd. El Soulaïm Salmia II  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél.: 05 22 30 00 00

**Sur RDV بالموعود**

162 طريق أولاد زيان، الطابق 3 ، لاجيروند قرب شركة إيغيل ، الدار البيضاء

162 Route Ouled Ziane, 3<sup>ème</sup> étage, Quartier La Gironde près de la société Aiguebelle,

Casablanca - Tél.: 0 522 822 541

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

8-9670-73-270-2

**NovoRapid® FlexPen®**

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

57,00

57,00

57,00

45,20

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

45,20

45,20



# SAIDA MED

S.A.R.L

Vente Matériel Medical et Chirurgical

Facture N°: 202200683

BOURKIA SAADIA

Date	Client	Page
20/07/2022	34210002	1

REFERENCE	QTE	DESIGNATION	P.U HT	Montant HT
A00064	3	BANDELETTE BIONIME 25	58,33	175,00



MT HT	TAUX TVA	MT TVA
175,00	20,00%	35,00

TOTAL HT	Montant TVA	NET A PAYER
175,00	35,00	210,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Deux cent dix Dirham