

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0006610

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAD  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZOUINE Abdel KARIM  
 Date de naissance : 15/06/1948  
 Adresse : Rue Ibnou EL KATANE 1<sup>er</sup> Etage Apt N°2 78ARIF-CASA  
 Tél : 0658903371 Total des frais engagés : 1216,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oul  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
Tél : 05 22 91 07 62

Date de consultation : 05/09/2022  
 Nom et prénom du malade : SADAWI KHADISA Age : 19A  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : CARDIOPATHIE  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : TBC + HTA  
 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 : CASA

Le : 7/9/2022

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
05/09/22	CSK ECG		159,00 100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05/09/22

966,60

PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. SAJEL MASSI Bouchra  
20, Rue Mausole L. Hôpitaux  
Casa 14:05 22 86 28 99

# 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

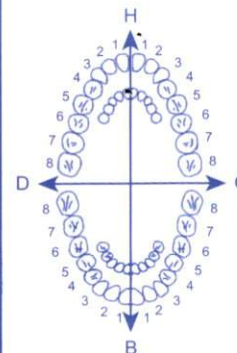
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'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  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

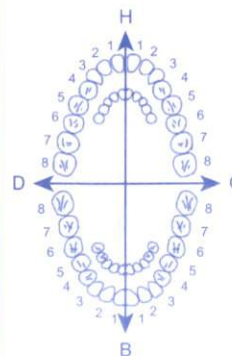
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : 05/09/2022

Nom et Prénom : .....

**SADAWI Khadija**

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

134, 50 x 3 = 403  
**CO IRBESAR 150/12.5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**AVARICON CREME**

1 application, matin et soir

**REXABAN 20**

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

**DSTRESS**

1 comprimé, matin et soir

PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. SAJEL MASSI Bouchra  
20 Rue Maassid O. Hôpitaux  
Casa - Tél: 05 22 86 28 99

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

**synergia**  
laboratoire de médecine nutritionnelle

**40**

**Comprimés**

# D-Stress®

Contient du magnésium, de la taurine,  
de l'arginine et des vitamines B.

**GÉREZ LE STRESS'**  
**RÉDUIRE**  
**LA FATIGUE<sup>2</sup>**

**Lot:**

DS01/22  
01/2025

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**



Rexaban 20 mg 28 comprimés pelliculés

20 ملغ

28

دواء طبي

عن طريق الفم

ريفاكسيمابان<sup>®</sup>  
ريفاوروكسيمابان



00,000,000

**MODE D'UTILISATION:** appliquer en couche mince 2 à 4 fois  
en massant légèrement.  
Conserver à une température inférieure à 25°C.

Usage externe uniquement. Ne pas appliquer sur une blessure



PHARMANOVA

**Fabricant :**  
Pharmanova d.o.o.  
Industrijska street no. 8,  
Obrenovac  
Serbie

**Dist**  
FS P  
Bat.  
Parc  
Bou

AVARICON  
PPC: 83,90 DH

AVARICON  
CRÈME

Lot N° : 0171121  
Date Fabrication: 11.2021.  
Date Expiration: 11.2023.

☒ valable 3 mois

Le ...../...../20.....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/></b>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	SAMAN, HANNA
Présente	CARDIOPATHIE
Nécessitant un traitement d'une durée de :	A vie
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit) LEZABIAN G. ELKABIAN	

ID:  
D-naiss:  
ans,

5-Sep-2022 14:54:07 Fréq. Card.: 60 BPM  
Axes P-R-T: 5 -18 42 Int PR: 195ms  
Dur.QRS: 101ms QT/QTc: 395/395ms

5-Sep-2022 14:54:07

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 60 - 1er Etage RP Chadia - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

SAMW  
SAWIA

