

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0056432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ESSAKKI, Mohamed  
 Date de naissance : 23/11/1960  
 Adresse : MARJANEH AVE 22 BO  
 Tél : 0661052145 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 2023-05-22  
 Nom et prénom du malade : CHADIA - Rokim  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint  
 Nature de la maladie : Lupus en li  
 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
25/04/23			300	
25/04/23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	25.4.23	516.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/04/23	B 150	250

# AUXILIAIRES MEDICAUX

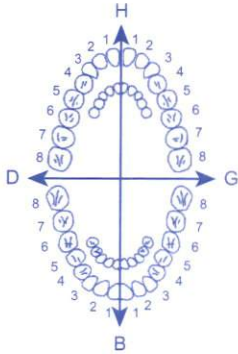
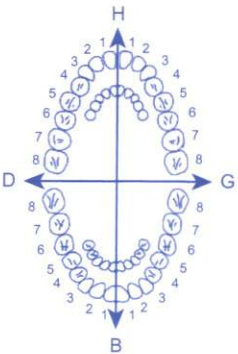
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			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

25/04/23

DR. MAGHFOUR Touria  
Médecine Interne  
CD Ben M. Sili-Casablanca  
Tel: 05 22 55 29 43

VZP

CHAN

Re thm

A.A.N

EXAMÉD  
LABORATOIRE  
TAOUFIK LOUANJLI  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
10 Mars  
Tel: 05 22 55 29 43

DR. MAGHFOUR Touria  
Médecine Interne  
CD Ben M. Sili-Casablanca  
Tel: 05 22 55 29 43



# Dr. Touria MAGHFOUR

Spécialiste en  
Médecine Interne - Rhumatologie  
Diabète et Goitre - Sang et Nerfs  
Les Grands Syndromes,  
Les Maladies Infectieuses - Gériatrie  
et allergie

## الدكتورة ثورية مغفور

إختصاصية في  
الطب الباطني - الروماتيزم  
السكري والغدد - الأعراض الكبيرة  
والأمراض التعفننية - الدم والأعصاب  
الشيخوخة - الحساسية

### ORDONNANCE

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

*Handwritten signature and date: 22/05/2022*

*Handwritten: 1/ Mapprenel rec (3R)*

*Handwritten: 2/ Sulfalben W (3)*

*Handwritten: 3/ MEE7 mc - 7mg*

*Handwritten: 5/ 10.90*

.....

L. Par mesure de  
des enfants, il est



.....



















# weez<sup>®</sup>

## C+ZINC

Pour soutenir les défenses  
immunitaires du corps

Sans sucre

Boîtes de 10 et 30 comprimés

### COMPOSITION :

Acide ascorbique (Vitamine C), Sulfate de zinc, Sorbitol, Mannitol, Stéarate de magnésium, Silice colloïdale.

	Quantité en mg / 1 comprimé	AJR*
Acide ascorbique (Vitamine C)	180 mg	225%
Zinc	15 mg	150 %

\*Apport journalier recommandé

### INDICATIONS :

Complément alimentaire à base de vitamine C et Zinc pour soutenir les défenses immunitaires du corps.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose recommandée.

A utiliser dans le cadre d'une alimentation équilibrée et variée.

Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

### PRÉSENTATIONS :

Boîtes de 10 et 30 comprimés.

### POSOLOGIE :

1 comprimé par jour pour adultes.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

LOT N° :

UT. AV :

PPC (DH) :

22108  
01/24  
59,00

Complément alimentaire, ce n'est  
pas un médicament.  
Fermer immédiatement  
après utilisation.  
Conserver dans un endroit frais et sec.

**MC**  
Laboratoire pharmaceutique  
**PHARMA**

Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc  
Pharmacien responsable : O. MOTIL



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

## EXAMED

### LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007 - INPE : 093000404  
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

**Taufik LOUANJLI**  
Pharmacien-Biologiste

**N° 2304077**

DIS Biologie Médicale  
Biologie de la Reproduction  
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Madame CHAMSSI Fettouma**

Casablanca le :25/04/2023

Medecin : **Dr MAGHFOUR**

Analyses	Clé	Cotation
ANTICORS ANTI NUCLEAIRES	B	150
Montant en Dhs:	250.00	

**Arrêtée la présente facture à la somme de: Deux Cent Cinquante Dirhams**

EXAMED  
LABORATOIRE  
TAOUFIK LOUANJLI  
PHARMACIEN-BIOLOGISTE  
CENTRE MEDICAL SIDI-OTHMAN AV 10 MARS  
CASA - TEL: 05 22 59 95 95 - FAX: 06 50 34 98 22  
WhatsApp : 06 50 34 98 22

Code Patient : 506901  
Date du prélèvement : 25/04/23  
Dossier édité le : 28/04/2023

**Madame Fettouma CHAMSSI**  
Référence : 250423 695

Page: 1/1

**AUTO-IMMUNITE**

Valeurs de référence

Antécédents

**AUTO-ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES (AAN) :**

Technique immunofluorescence sur deux lignées cellulaires Hep2 et foie primate

Résultat..... : **Positif**

Aspcet..... : **Moucheté**

Titre ..... : **1/160** (<1/100)

**EXAMED**  
LABORATOIRE  
**Taoufik LOUANJLI**  
Pharmacien - Biologiste  
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars  
Place de la Prefecture - Sidi Othmane - Casablanca  
Tél. : 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

Biologiste