

# 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

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

M23-0028557

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : MAJJAR Mohamed 191279  
 Date de naissance : 05.1966  
 Adresse : 5, Rue Ibn Chede el Karrouan - 2 Mars  
 Tél : 0666245726 Total des frais engagés : 1801,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUNA  
 Cardologue  
 3d. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk.  
 CASABLANCA  
 Tél. 05 22 00 39 39 / 38 38  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 14 DEC 2023  
 Nom et prénom du malade : MAJJAR Mohamed 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 : CASABLANCA Le : 20/01/2024  
 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
14 DEC 2023	GNE -	30009		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-12-23	1501,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

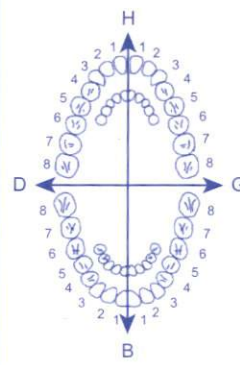
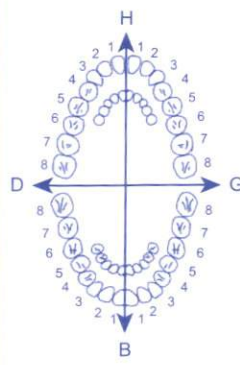
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) 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

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المومن وزنقة عبد الصالح أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39  
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
5 113001 082018





04146

**TRIATEC® 2,5 mg** *Ramipril*

احترم اللوائح المحلية  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول A

A conserver à une température  
inférieure à 25°C.



**TRIATEC® 2,5mg**  
30 Comprimés



6 118000 060185



0746

**TRIATEC® 2,5 mg** *Ramipril*



**احترم اللقائير اللعينة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

A conserver à une température  
inférieure à 25°C.



**TRIATEC® 2,5mg**  
30 Comprimés



6 118000 060185



0746

**TRIATEC® 2,5 mg** *Ramipril*



**احترم اللقائير اللعينة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

A conserver à une température  
inférieure à 25°C.



**TRIATEC® 2,5mg**  
30 Comprimés



6 118000 060185



Exp.: 2026  
Lot: 601VYH  
Fab.: 03/2023

Exp.:  
Lot:  
Fab.:

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace.  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة.  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246



LOT : 231289  
EXP : 09/2026  
PPV : 99,00DH

20 ملغ  
عن طريق الدم

١٠  
اللا-زور  
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا


30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

مدة  صباح  زوال  مساء 

  
COOPER  
PHARMA

6 118000 082231 

LOT : 231289  
EXP : 09/2026  
PPV : 99,00DH

20 ملغ  
عن طريق الدم

١٠  
اللا-زور  
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا


30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

مدة ٢٨  
صباح ٨  
زوال ٨  
مساء ٨

  
COOPER  
PHARMA

6 118000 082231  


LOT : 231289  
EXP : 09/2026  
PPV : 99,00DH

20 ملغ  
عن طريق الدم

١٠  
اللا-زور  
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

مدة ٢٨  
صباح ٨  
زوال ٨  
مساء ٨

  
COOPER  
PHARMA

6 118000 082231  
