

# 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- 0056930

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 M22-0056930

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 :



# 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
22/06/2024		3		 CENTRE D'ENDODONTIE MAAMOURA Dr. Azharoune Loti N° 363 Dentiste 81, RUE LAHANNEDJELLEM BIR KHALIL Tel. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 71

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AZHAROUNE Dr Zarhloul KHADDOUJ Lotis. Azharoune lot N° 363 Kénitra INP 052012754	22/06/2024	306,90

# 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	

# VOLET ADHERENT

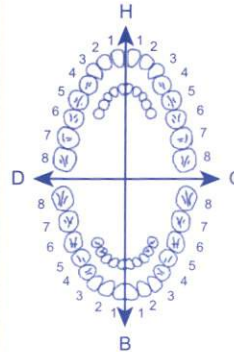
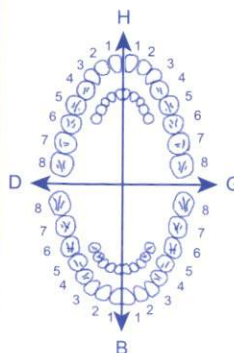
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الاصطناعية معمورة

**Dr. Aziza LAALOU - NACIRI**

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلى الاصطناعية  
خريجة كلية الطب بباريس

le 27-2-24

Dr. FATHANI Jaleila

- 1) Sinusom uug =  $\frac{1}{2}$  SV
- 2) Talcipresson Bg =  $\frac{1}{5}$  SV fsp 01 mois
- 3) Calci 1000 =  $\frac{1}{5}$  SV
- 4) Nicamincal - 18 x  $\frac{2}{5}$  x 48h SV
- 5) Dolicipresson 1000 =  $\frac{1}{5}$  SV

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA  
Dr Aziza Laalou - Naciri  
Néphrologue  
81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI  
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI  
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA  
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81. زنقة المهندس قاسم، بئر الرامي  
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة  
الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**  
**30 comprimés pelliculés**  
**Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg**

Distribué par **Cooper Pharma**  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

**TARDYFERON B9**  
**30 comprimés pelliculés**  
**Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg**

Distribué par **Cooper Pharma**  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084



# Cacit<sup>®</sup> 1000

Calcium

1000 mg



LOT 3022094  
EXP 02 2026

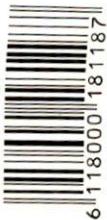


6 118001 040049  
Fabricant :  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 35 - 9400 WOLFENBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
آسینوگومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00



# Cacit® 1000

Gout orange mandarine

Calcium

1000 mg



## Titulaire

THERAMEX IRELAND LIMITED  
KILMORE HOUSE, PARK LANE  
SPENCER DOCK  
DUBLIN 1 D01 Y664 IRLANDE

## Exploitant

THERAMEX France SAS  
1 PLACE DE LA PYRAMIDE  
92911 PARIS LA DEFENSE CEDEX

## Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 35,  
A-9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE

# 10

Comprimés  
effervescents

Voie orale



BOTTU SA  
PPV : 36 DH 00  
PER : 07/26  
LOT : 3070156