

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0014212**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **01899** 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 : .....

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) : .....

## **RELEVE 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

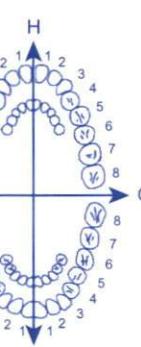
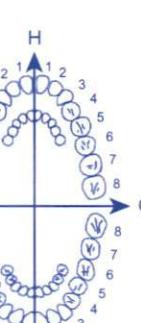
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			
	$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des soins</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>	
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 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				
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : _____				<b>Mle</b>
DECLARATION N°		W18-364682				
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>						
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle						



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

W18-364682

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 01899

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

Nom & Prénom .....

Fonction : ..... Phones : .....

Mail .....

MEDECIN

Prénom du patient .....

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date .....

Nature de la maladie .....

Date 1ère visite .....

Affection Rhumatologique.

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

Docteur Nasreddine  
Rhumatologue  
Bb. Mohamed Zefzaf, Résidence Arayan  
Sidi Moumen - Casablanca - Tel: 05 22 75 00 00

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	c 8!	200 DA

PHARMACIE

Date 13/05/2019

Montant de la facture .....

Signature et  
Docteur Nasreddine  
Rhumatologue  
Bb. Mohamed Zefzaf, Résidence Arayan  
Sidi Moumen - Casablanca - Tel: 05 22 75 00 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 13/05/2019

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

EC 1A

300 DA

Signature et  
Docteur Nasreddine  
Rhumatologue  
Bb. Mohamed Zefzaf, Résidence Arayan  
Sidi Moumen - Casablanca - Tel: 05 22 75 00 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

- 5) codaliprene ep  
replj 10%
- 6) Mezardomegyl  
1gplj h.

Docteur Asmaa NASREDDINE

الدكتورة أسماء نصر الدين

Rhumatologue

Spécialiste des Rhumatismes, maladies des Os  
des Articulations, de la Colonne Vertébrale  
et des Tendons



أخصائية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمقابل  
العمود الفقري والأوتار

Casablanca le : 13/05/2015

ORDONNANCE

Ader Zayad Héber



18.300

1)

Flesc - tensac P  
1cp1j



10.9.20

2)

gafres 25mg/j

legil (S)  
postgely (S)



8.4.20

3)

Zenmogp  
1cp1j

9.5.20

4)

Biofreeze nell  
1app+3lj (1)

SOUALIEMENT DURABLE ET EN PROFONDEUR DE LA DOULEUR CAUSÉE PAR:  
ARTHRITE • DOULEURS MUSCULAIRES ET ARTICULAIRES • MAUX DE DOS

مذكرة مسكنة لآلام الظهر  
دواء يزيل آلام الظهر  
دواء يزيل آلام الظهر  
دواء يزيل آلام الظهر

PENETRATING LONG LASTING PAIN RELIEF FROM ARTHRITIS • SOOTHES MUSCLES & JOINTS • BACK PAIN  
**BIOFREEZE®**

ANALGÉSIQUE • مسكن للألم  
PAIN RELIEVING Roll-On  
Cryothérapie - The Cold Method®

59 mL • مل 59

الدكتورة نصر الدين أسماء  
Docteur Nasreddine A.  
Rhumatologue

Mohamed Zefzaf, Résidence Arayne  
Bd. Mohamed Zefzaf, Résidence Arayne  
Immeuble 2, Anassi - Casablanca.  
Tél: 05 22 75 76 78



شارع محمد الزفزاف - إقامة الريان - العمارة 2 الطابق الأول أناسي - الدار البيضاء.

Bd. Mohamed Zefzaf - Résidence Arayne - Immeuble 2, Anassi - Casablanca.

Tél : 05 22 75 76 78 / E-mail : nas.asmaa@hotmail.com



# ZENmg® gélules

**Forme et présentation :**  
Boîtes de 16 gélules, 32 gélules

### **Composition :**

Analyse moyenne  
Extrait sec de Mélisse  
Magnésium marin  
Vitamine B6

Le Magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire, en tant que relaxant musculaire, mais également comme rééquilibrant du système nerveux.

La vitamine B6 favorise l'absorption digestive et la fixation cellulaire du magnésium.

La mélisse possède des propriétés relaxantes, facilite la digestion et calme les tensions nerveuses.

LOT:1911027 EXP:12/21  
PPV.10 9DH20

L'association du magnésium, vitamine B6 et extrait de mélisse est donc bénéfique pour lutter contre le stress et la fatigue.

### **Conseils d'utilisation :**

- Etats de stress, nervosité et anxiété.
  - Etats de fatigues psychiques.
  - Troubles du sommeil.

### **Posologie :**

**Fusoleg® :**  
2 gélules par jour.

Fabriqué par Laboratoire Strapharm  
Distribué par Ramo-Pharm  
Complément alimentaire n'est pas un médicament

زینماک® کپسولات

**الشكل والتقديم :** علبة من 32 كبسولة  
**علبة من 16 كبسولة**

**المميزات:** مزيل من المغنيسيوم البحري، وفيتامين ب6 والمليسا، مفيد في مكافحة هاد والتعب النفسي.

نادر : كبسولة في اليوم

صُنْعَهْ مِنْ قَبْلِ «مِسْتَرْ افَارْم»  
عْ مِنْ قَبْلِ «رَامُوفَارْم»

**التركيب: مالتوديكسر بن، أكسيد المغنيسيوم البحري،**

## المغسيوم البحري، الجافة، ستيرات الماء

- نصائح الاستعمال
- التوتر، العصبية
- التعب النفسي.
- اضطرابات النوم.

ZENmag® capsules

**Pack size and presentation:**  
Pack size of 16 capsules, 32 capsules.

### **Composition:**

**Composition:** Maltodextrine, Marine Magnesium oxide, Dry extract of Balm, magnesium stearate, Vitamin B6.

#### **Advice for usage:**

- Stress and anxiety
  - Psychological and physical illnesses
  - Sleeping troubles

### Directions:

2 capsules a day

Manufactured by Strapharm  
Distributed by Ramo-Pharm  
Dietary product is not a medicine

Rhumatologue.

Spécialiste des Rhumatismes, maladies des Os  
des Articulations, de la Colonne Vertébrale  
et des Tendons



أخصائية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمقابل  
العمود الفقري والأوتار

Casablanca le : 13/05/2019

ORDONNANCE

Dr. Zayd Nema

Femme de l'adversaire

300 DA

Nasreddine  
Rhumatologue  
Résidence Arayane - Immeuble 2, Anassi - Casablanca.  
Tél: 05 22 75 76 78 / E-mail : nas.asmaa@hotmail.com



Cabinet de Rhumatologie  
Docteur ASMAA NASREDINE

ECHOGRAPHIE OSTEOARTICULAIRE

Nom et Prénom du Patient : Achour Zghedid Nabil

N° du téléphone : .....

Date de l'examen : 13/05/2015

## MOTIF :

## RÉSULTAT :

...greenish

Spannweite des 25 DSCs + (D.S.)

o. results degeneration of s. descending  
abs p. merged up.

6) parte de la contratación y del cobro  
a) De pertenencias de cobro

## L'ensemble

L.P.B = espanso, hyperendro.

Door Scenarist: Roman

golpe centralizado

denestrated - canalized

Mr. of — = Neptune (abul desh),

...Nesep... oper...

A.C. seed degeneracy

Carl - galaxies are expand  
+ redshifted  
+ redden label  
Ans

**دکوری دفتر**  
**Sreddine A.**  
Protologue  
جعفری ایوبی  
تاریخ ۰۵-۱۳۹۷