

## 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.

### Diagnostique 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.

### Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Prendre 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  
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 : N° P19- 0023344

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2420 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : CHAIK Khaddouj Date de naissance : 14/11/89

Adresse : G.K. Rue 161 N° 15 Salpa .....

Tél. : 0625104722 Total des frais engagés : 80,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AMIR Naima  
Médecin Urgentiste  
Ministère de la santé  
Délégation Hay Hassani  
Hôpital Al Hassani  
Services des Urgences

Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : CHAIK Khaddouj Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée MUPRAS

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 : 14 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) : ..... ASOUEH

**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
10/10/19			401	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/2019	80,40
	10/10/2019	57,60

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

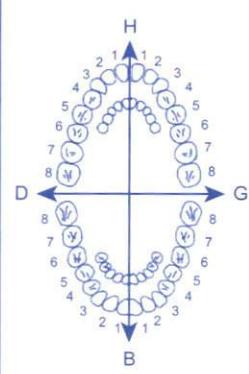
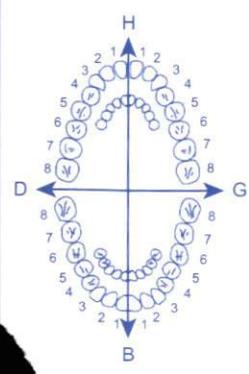
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

**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'

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			G	00000000	35533411	00000000	11433553	B					Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	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"/>																				

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# DR. ALI OUARRAK

Spécialiste

الدكتور علي وراق

اختصاصي

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris  
CES. Endocrinologie et maladies métaboliques  
Ex. Attaché du C.H.U. Amiens-France

**PHARMACIE DE LA WILAYA**  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222 Bd. Oued Molouya - Etage 1  
Casablanca - Tél. 06 22 90 51 13

16, rue Mouftakar abdelkader  
(Ex ; Clémenceau) Casablanca  
777-690-111 // 05-22-22-39-93  
Consultations : matin 8h30 - 11h  
Après midi : 2h30 - 5h  
Fermé : samedi & dimanche

Maladies des glandes-Goitre-tension  
Cholestérol- Diabètes

ICE : 002062102000082

Réf: 661

*M<sup>e</sup> Chaïk Rha Hij* 10 OCT 2019

6,80 x 3 *Acrofton 1/2*

24,160 x 6 *Acrofton 100*

83,76 *Acrofton 1/2 x 25*

35,76 *Acrofton 1/2 x 25*

*Alprazolam 20 mg*

*1/2 - An 207*

*Relaxin B<sub>6</sub> 150 or 35*

*Acrofton*

**PHARMACIE DE LA WILAYA**  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222 Bd. Oued Molouya - Etage 1  
Casablanca - Tél. 06 22 90 51 13

T = 2 + 2,60

**Dr Ali OUARRAK**  
ENDOCRINOLOGUE  
16, Rue ABDELKADER MOUFTAKAR  
Casablanca - Sidi Belkabir

Traitement pour *Mois - 2*  
**NE PAS ARRÊTER SAUF**  
**AVIS MEDICAL**

# ORDONNANCE

Le 10 10.18

22.00 CHEK KITHAY:

~~Chole~~

58.40 ~~for moi~~

~~80.40~~



Dr. AMIR NAJIB  
Médicin Urgences  
Ministère de la Santé  
Délégation Haj Hassan  
Hôpital Al Hassan  
Services des Urgences



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 24,40 DH

7862160334



611 8001102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

7862160335



611 8001102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

7862160335

**COOPER PHARMA**  
 PPV : 6,80 DH

ID : 624438  
 GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV : 35,70 DH  
 6 118001 140237

OT 91001 1  
 EXP 05 2022  
 PPV 35,70

35,70

29,00

58,40  
Solupred 20mg

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DÉLÉGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HÔPITAL AL HASSANI

**Quittance**

Reçu de M. ....

*Abdellah Chaik*

La somme de .....

*quarante 54*

N° 435347

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>Cat</i>		<i>40,00</i>
Total .....		<i>40,00</i>

Cachet du Service

Le.

*10/10/19*

Signature du Régisseur

*[Signature]*