

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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'accord 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.

### 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.

### 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)

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)



**Déclaration de Maladie : N° P19- 0020070**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020070

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 : .....



[illegible][illegible][illegible][illegible]

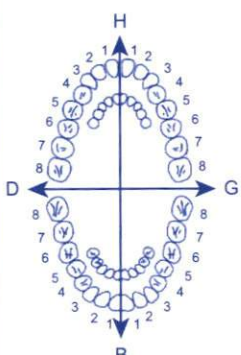
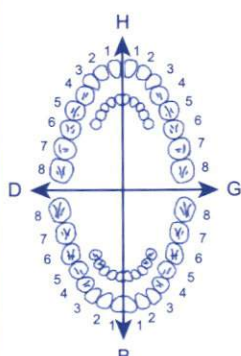
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

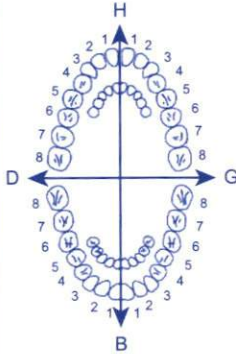
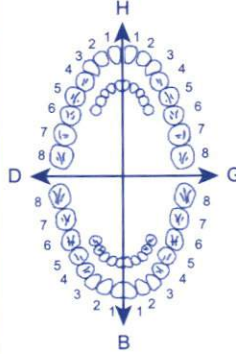
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>G</div></div></div> <div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-144354	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois 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

W18-144354

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1503
Nom & Prénom		BOUTAHER FATIMA
Fonction :	Sans	Phones 0698127050
Mail		chemel...triss: amina@gmail.com

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent	Conjoint
Enfant	Age
Date	6/18/3/19
Nature de la maladie	Date 1ère visite
diabète - HTA - sd algerie	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs	Gm	2004

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	27/03/19
399,7	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
B 300	Quatre Cent Douze Dirhams (412,-)

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC
IM	IV



Docteur CHAOUCH saad

Specialiste en Médecine Interne

47, Av. Hassan II, Im. Miramonte N° 20

TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75 - Fax.: 05 39 37 53 31

الدكتور الشاوش سعد

إختصاصي في الطب الباطني

47, شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75 - الفاكس : 05 39 37 53 31

INP : 161132592

27  
 $\tau = 399,70$   
56,30

1°/ D - cure 25000

1 comp / m

14,00 x 06 = 84,00  
2°/ Doliprane 9 1 g single

1 g 2 x / j

46,00 x 02 = 92,00

30/ Digestime

135,00  
49 EDO 500mg  
32,00  
30/ Dicto 50  
^ cp

Mme Bontaher  
Fatima

PHARMACIE BISMILLAH  
Dr. Boumedja Mohammed  
AV. Hassan II, Im. Miramonte N° 20 - Tanger  
Tél. 05 39 33 46 75 - Fax 05 39 37 53 31

pd 4 m.

LOT: 012518 PER: 01/2021  
PPV: 75,10 DH

Dr. CHAOUCH saad m.  
Specialiste en Médecine Interne  
Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonte N° 20 - TANGER

LOT : 1222  
UTAV : 10 - 20  
P.P.V : 32 DH 40

# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

LOT  
EXP  
PPV  
180854  
04 2023  
46.00

LOT  
EXP  
PPV  
180854  
04 2023  
46.00





أقراص

بوتني  
ب. مسر الكازياربوتني - عين السم - الدار البيضاء  
ب. البوتني - ميداني مسول

PARACETAMOL  
70 comprimés



6 118000 040972

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Doliprane®**  
PARACÉTAMOL 1000 mg



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarines - 93 Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharm

PPV: 14DH00  
PER: 01/22  
LOT: I091

56,30 DH  
1810/B  
09/2020

D-CURE - AMPOULE  
6 118001 320080

كواليتي ستيروول 25 000 وحدة و 25 000  
3 قيتا حنين D3

أمنولات  
ن-كتر

أمنولات ستيروول

Docteur CHAOUCH saad

Specialiste en Médecine Interne

47, Av.hassan II, Im.Miramonte N° 20

TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75 - Fax.: 05 39 37 53 31

الدكتور الشاوش سعد

إختصاصي في الطب الباطني

47, شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75 - الفاكس : 05 39 37 53 31

INP : 161132592

18 MAR 2019

Mme Boutcher

Fatima

- calcémie
- électrophorèse de Protide
- Phosphatase alcaline
- CPK
- =

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES  
BIOCHIMIE GÉNÉRALE  
Tél: 05 39 33 46 75 Fax: 05 39 37 53 31  
89,52 Avenue Hassan II, Tanger

Signature

DR. CHAOUCH Saad  
Spécialiste en Médecine Interne  
Tél.: 05 39 33 46 75 - Fax: 05 39 37 53 31  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
TANGER

**BIODIAGNOSTICA**  
 89, bd Moussa Ben Noussair  
 Tel, 039-93-29-69  
 TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568  
 IF N°81457870 ICE N°001620299000091 INP N°163001852

Tanger le 19 mars 2019

Madame BOUTAHER FATIMA

FACTURE N°	2250
------------	------

Analyses :

Electrophorèse des protéines sériques -----	B	120	
Calcium -----	B	30	
CPK (Créatine phosphokinase) -----	B	100	
Phosphatases alcalines -----	B	50	Total : B 300

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	412,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Douze Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
 BIODIAGNOSTICA  
 Tel: 05 39 93 29 69  
 89, bd Moussa Ben Noussair, Tanger



LABORATORY : BIODIAGNOSTICA

Date : 22/03/19 Time: 12:14

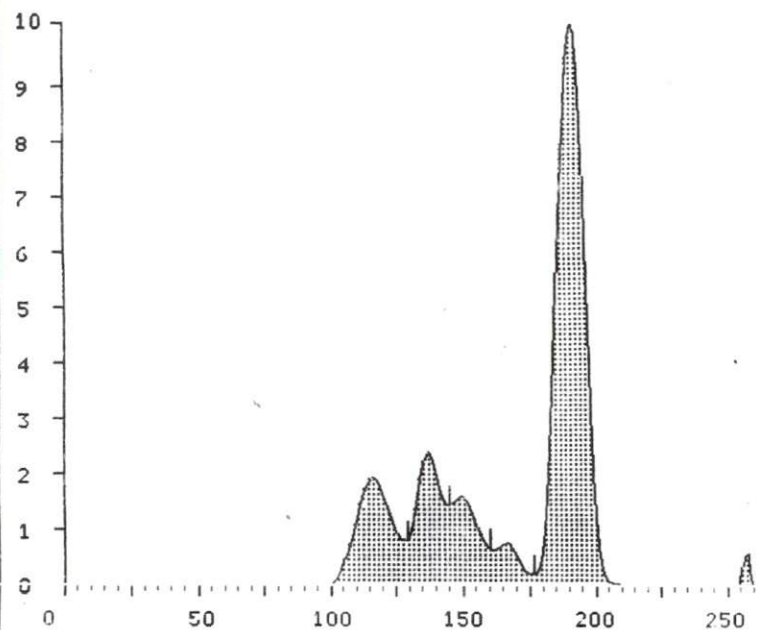
PROTEINOGRAMME

TOT. CONC. = 62.65 g/L

FRAC. %		NORMAL
$\gamma$	14.98	12.00 - 19.00
$\beta$	12.86	8.00 - 12.00
$\alpha 2$	8.90	6.00 - 10.00
$\alpha 1$	4.15	1.00 - 4.00
ALB	59.12	57.00 - 65.00

FRAC. g/L		NORMAL
$\gamma$	9.38	5.00 - 15.00
$\beta$	8.05	6.00 - 12.00
$\alpha 2$	5.58	5.00 - 11.00
$\alpha 1$	2.60	1.00 - 4.00
ALB	37.04	35.00 - 50.00

A/G = 1.45

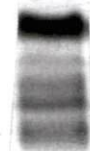


OPERA  
REFERE

PATIENT  
REFERENCE  
785

CURVE  
REFERENCE  
3

MIGRATION  
2



الدكتور بنتهيلة سمير  
اختصاصي في الهندسة البيولوجية  
خريج جامعة هنري بوان كاري نانسي 1 - فرنسا  
**Docteur BENTAHILA Samir**  
Spécialiste Génie Biologique  
Diplômé de l'Université Henri Poincaré  
NANCY 1 - FRANCE

مختبر التحليلات الطبية بيودياغنونستيكا



الدكتور بنتهيلة رشيد  
اختصاصي في التحليلات الطبية  
خريج كلية الصيدلة ستراسبورغ فرنسا  
**Docteur BENTAHILA Rachid**  
Spécialiste des Analyses Biologiques  
Diplômé d'Etat de la Faculté de  
STRASBOURG - FRANCE  
Hématologie - Biochimie - Parasitologie  
Bactériologie - Virologie - Immunologie

Date : 19/03/19

Tanger le : 19/03/19  
Prélèvement effectué à 08:45

Patient : Madame BOUTAHER FATIMA  
Docteur SAAD CHAOUCH

\*3510\* 3510

## ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES

			Normales
Protéines totales -----:	62,65	g/l	64 - 83
Albumine -----:	59,12	%	55,8 - 66,1
Soit ---:	37,04	g/l	40,2 - 47,6
Alpha 1 -----:	4,15	%	2,9 - 4,9
Soit ---:	2,60	g/l	2,1 - 3,5
Alpha 2 -----:	8,90	%	7,1 - 11,8
Soit ---:	5,58	g/l	5,1 - 8,5
Béta Globulines -----:	12,86	%	8 - 12
Soit ---:	8,06	g/l	6 - 12
Gamma -----:	14,98	%	11,1 - 18,8
Soit ---:	9,38	g/l	8 - 13,5

## BIOCHIMIE

			Normales
Calcium -----:	2,48	mmol/l	2,15 - 2,58
Soit ---:	99,2	mg/l	86-103,2
C.P.K. -----:	67	UI/l	26 - 192
Phosphatases alcalines -----:	95	UI/l	35 - 104

مختبر التحليلات الطبية  
بيودياغنونستيكا  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIODIAGNOSTICA  
Tél: 05 39 93 29 69 Fax: 05 39 93 97 23  
Im: 89, Bd. Moussa Ben Noussair - Tanger