

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## 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  
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



W16-087923  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0044524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Jammale Halika Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : Me 8 18 .....

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 : Halika 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° P19-044524

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 : .....



| SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES   |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|--|---|---|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.<br>Veuillez fournir une facture<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins                               | Coefficient                |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires  | Détermination du coefficient<br>masticatoire  |   | Coefficient<br>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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> |   | H                          |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |
|  | H   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | 25533412  | 21433552  |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  | 00000000  | 00000000  |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 00000000   | 00000000  |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 35533411   | 11433553  |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession   |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>19 JUL 2019</b><br/> <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b> </div>   |   |   |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| Visa et cachet du praticien  |   | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |                            |  |          |          |          |          |          |          |          |          |  |

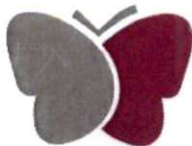
| MUPRAS<br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc                                 |    | W16-087923                              | DATE DE DEPOT<br>...../...../201..... |
|--|----|---|---------------------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>  |    | Mle <b>818</b>                          |                                       |
| Nom & Prénom <b>Mme JENNATE Malika</b>   |    |   |                                       |
| Fonction : <b>Retraitée</b>  |    | Phones : <b>0655568988</b>              |                                       |
| Mail   |    |   |                                       |
| <b>MEDECIN</b>   |    | Prénom du patient <b>Jennate Malika</b> |                                       |
| Adhèrent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> |    | Age                                     | Date                                  |
| Nature de la maladie   |    | Date 1ère visite                        |                                       |
| <b>Hyper-tension - HTA - obésité</b>   |    |   |                                       |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |    |   |                                       |
| Nature des actes   |    | Nbre de Coefficient                     | Montant détaillé des honoraires       |
|  |    |   | <b>20</b>                             |
| <b>PHARMACIE</b>   |    | Date <b>11/07/19</b>                    |                                       |
| Montant de la facture  |    |   |                                       |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>  |    | Date                                    |                                       |
| Désignation des Coefficients   |    | Montant détaillé des Honoraires         |                                       |
|  |    |   |                                       |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>  |    | Date                                    |                                       |
| Nombre   |    | Montant détaillé des Honoraires         |                                       |
| AM   | PC | IM                                      | IV                                    |
|  |    |   |                                       |

CACHET

CACHET

**Dr. Aicha LAARGANE**

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques



**الدكتورة عائشة العرگان**

اختصاصية في أمراض الغدد  
و أمراض الأيض

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ancien médecin au CHU Ibn Sina à Rabat  
Ancien médecin au CHU Ibn Rochd à Casablanca  
Ancien médecin résidente de l'hôpital militaire de Rabat

خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
طبيبة مقيمة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

Tamesna le : 11/07/19

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

Me Jennade Malik

2h, 40 x 3  
1/ = 13,20  
levothyrox 100 mg

13,40 x 3  
= 40,20  
2/ levothyrox 50 mg

6,80 x 3  
= 20,40  
3/ levothyrox 25

145,97 x 1  
1/ couvaryl 5 mg

162,60 x 2  
2/ nébilet 5 mg

15/ nébilet 5 mg

ammom

30

av

repar

145,90

\* VIGNETTE  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

Dr. Aicha LAARGANE  
Spécialiste en Endocrinologie  
Et Maladies Métaboliques  
Abdellah Ben Yassin, Rés. Ennajah  
100 Appartement 1 - Tamesna  
Tél: 05 37 01 46 74

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

Avenue Abdellah Ben Yassin, Résidence ENNAJAH Immeuble 100 Appartement 1 - Tamesna

شارع عبد الله بن ياسين إقامة النجاح، عمارة 100 شقة 1 - تامسنا

Tél : 0537 01 46 74 / Email : dr.aichalaargane@gmail.com



60.10

6/ Maxi dose

22.00

1 cp + 3/jr

7/ Febred (sans sucre)

14.00

1 sachet /jr

8/ Doliprane 1000 mg

96.40

1 cp + 3/jr

9/ Piascledine 300  
1 gel /jr

Distribué sous licence  
par LAPROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA - Maroc  
580735

PPV:  
60DH10

PHARMED  
LOT : 6966  
UT.AV : 07-21  
PPV : 20DH00

PPV: 14DH00  
PER: 01/22  
LOT: I087

PIASCLEDINE® 300MG  
Boite de 15 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 96.40 DH



6 118001 070732

Tél/Fax : 05 37 01 10 40  
CGI - Rabat  
Avenue Mohammed VI  
Dr. Alcha LARGANE  
Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques  
Tél : 05 37 01 46 74  
Jamaa el Fna  
Tgskho SMS



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333



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

PHARMACIE DES JARDINS  
Dr. JABOU Sanaa  
Avenue Mohammed VI, km 1  
CGI - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40