

# 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'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 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](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)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0029227

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zouine Abdelkrim

Date de naissance : 15/06/1948

Adresse : 27 Rue Ibnou Al Kaltane 12000 Casablanca

Tél. : 0658903371 Total des frais engagés : 700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/11/2019

Nom et prénom du malade : Zouine Abdelkrim Age : 70ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 04/11/2019

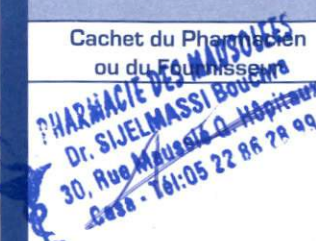
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
04/11/19	Bilan		61	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacie	Date	Montant de la Facture
	04/11/19	715,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

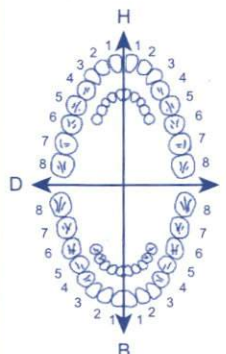
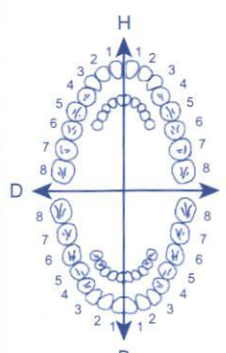
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

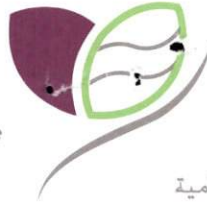
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre  
Troubles de la croissance et de la puberté  
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



## الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري  
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة  
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 4/11/19

Nom : Mr. Zouine Abdelkrim

44,70

Dixième 60 - (S.V)

1 (p) / J  
437,03

Tanacet 10/1000 (S.V)

1 (p) x 2 / J

Leveur flexper

22 UI le soir  
116,80

lipaulye 160 (S.V)

1 cp / J  
81,00

Taujaas 10 (S.V) 1/5

30770  
Kudégé 160 (S.V) 1/5

Angilla 80' le soir

PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. SLIEMASSI Bouchra  
90 - Rue Mausole (D. Roudani)  
Casa - Tél: 05 22 86 28 99

T= 715,20

Dr. Ghita MAMOU  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie, Maladies Métaboliques  
et Nutrition  
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19  
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71





DIAMICRON® 60mg  
30 comprimés

SERVIER MAROC

Maroc  
Rm. ZEVAACO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Les Laboratoires Servier - France



Lot :  
Date d'hab :

Date d'hab :  
Date de fabrication :

Remarque :  
Attention :

A conserver à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.  
Se conserver à température ambiante pendant 30 jours après ouverture.



Titulaire de l'AMM au Maroc :

Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Quartier industriel Zenata  
Ain Sebâa - Maroc  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Le fabricant :

Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets - 21 Fontaine les Dijon - France

maphar  
Zi Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B36

P.P.V. : 116,80 DH



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

المجموعة I : لا يجوز حبس وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترام الجرعات الموصوفة

DIAMICRON® 60mg  
Gliclazide  
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés

00,18

07,45

242600030-02

70027234/010414-1

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



JANUMET® 50/1000 mg  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
AMM 560M/271/MC

KARDEGIC 160MG  
SACHETS-B30

P.P.V. : 35DH70



Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز حبس وصفة طبية - قائمة I

Respecter les doses prescrites  
احترام الجرعات الموصوفة