

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## Radiologie 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 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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-498882

37 247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MRINI EL RHALI

Date de naissance : 01/09/1968

Adresse : Res WIAM, Imm 1, App 3, OULFA, CASA

Tél. : 0663600361 Total des frais engagés : 1756 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2020

Nom et prénom du malade : Mr BENHASSOUN AHMED

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

Nature de la maladie : LEAD + Syndrome de Guptas

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 : 19 AOUT 2020

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
04/07/2020	{	1	500,00	<p>NP: <u>Reçus 19/07/2020</u></p> <p>Médecine Interne</p> <p>Pathologie Infectieuse - Hépa</p> <p>Médecine Tropicale</p> <p>Maladie Sexuellement Trans</p> <p>Dr. <u>Driss</u></p>
23/07/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	04/07/2020
	23/07/2020

[illegible]

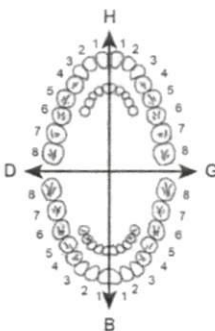
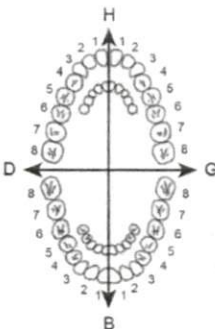
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## É 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553 </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. Majida ZAHRAOUI**

*Spécialiste en Médecine*

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



**الدكتورة مجيدة الزهراوي**

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض المعدية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية وعلاج

Casablanca, le ..... البيضاء في

23/07/2020

718  
60,00

**Mme BOUMASSOUN Amal Ex Mrini**

**FERPLEX**

1 ampoule 3 fois par jour

**TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 03 MOIS**

1080,00

**صيدلية حبي الويام**  
PHARMACY EL WIAAM  
23, Bd. H. Moulay Idriss 1er - Casablanca  
Tél. 05 22 91 17 71 Fax 05 22 91 56 64

**صيدلية حبي الويام**  
PHARMACY EL WIAAM  
23, Bd. H. Moulay Idriss 1er - Casablanca  
Tél. 05 22 91 17 71 Fax 05 22 91 56 64

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

Médecine Interne

Pathologie Infectieuse - Hépatologie

Médecine Tropicale

Maladie Sexuellement Transmissible

86, Boulevard Moulay Idriss 1er - CASA

Tél : 0522 86 14 08 / 09

شارع مولاي إدريس الأول ، 86 ، إقامة الجواهر، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 14 08/09 - فاكس 05 22 86 14 09

Résidence El Jawahir - 86, Boulevard Moulay Idriss 1 er - Casablanca Tél 05 22 86 14 08/09 - Fax : 05 22 86 14 09

البريد الإلكتروني : zahraouimajida@gmail.com

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg ○

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg ○

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016



**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016



**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup>** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup>** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup>** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016



**FERPLEX®** 40 mg 

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**Pr. Majida ZAHRAOUI**

*Spécialiste en Médecine Interne*

Hépatologie - Endoscopie digestive

Pathologie Infectieuse et Médecine Tropicale

Nutrition et Traitement de l'Obésité



**الدكتورة مجيدة الزهراوي**

أستاذة بكلية الطب

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التعفننية - الأمراض الإستوائية

طب التغذية و علاج السمّة

البيضاء في ..... Casablanca, le

04/07/2020

**Mme BOUHASSOUN Amal Ep Mrini**

83.00

**SUPRADYNE BOOST**

1 comprimé par jour le matin

87.00

**RELAXIUM B6**

1 comprimé soir

**TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS**

To: 176.00

**Pr. Majida ZAHRAOUI**  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse Hépatolog.  
Médecin Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmissibles  
84 Bd. Mly. Idriss 1er - CASA  
Tél : 05 22 86 14 08 / 09

Tel : 05 22 86 14 08 / 09



# Relaxium<sup>®</sup> — B6

300 mg



*1 gélule par jour*

**100 %** magnésium  
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique

146-147 ZI Tit Mellil - Casablanca

LOT: 190410  
DLUO: 11/2022  
87,00DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

PPC: 89.00 DH  
LOT: CB00064  
EXP: 01/2023

# سوبرادين®

## بوست

شحن سريع  
للاطاقة



فيتامينات و أملاح معدنية مع  
الغوارانا  
20 قرصا فوارا  
بنكهة الفواكه  
بدون سكر



مكمل غذائي