

# 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.

## 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

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



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

45859

**Déclaration de Maladie : N° P19-0007387**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0666491229 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) : .....



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/09/10        |                   | C <sub>2</sub>        | 250,00                          |  |
| 09/10/20        |                   | C <sub>2</sub>        |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 9/10/20 | 284,80                |
|  | 9/09/20 | 430,60                |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | 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.

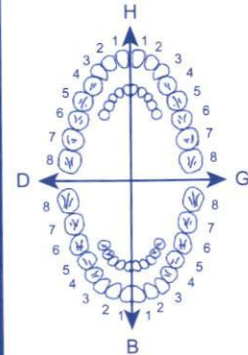
Important :

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

| 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>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </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

Dr. ABOU EL FADEL Omar



د. ابو الفاضل عمر

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
الام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le 09/09/10 في الدار البيضاء

150, 150  
(1)

ABOUEL FADEL Omar  
Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport

Bezzahim Malina  
Celebrer 200

Casablanca - Tél : 0522 25 22 09  
Rue Socrate - Maârif  
Pharmacie Acharat  
Madame BARTAL FATIM

1 gel x 2 / j pul 02 g  
1 gel / j pul 10 g

22, 22

(2) Coadolipum

82, 10  
1 gel x 3 / j pul 05 g  
april 2010

(3) Ence 20 g  
1 gel / j pul 12 g

217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2<sup>ème</sup> Étage ( Résidence El Fath ) - Maârif Extension - Casablanca

217, شارع ابراهيم الروداني شقة 5 الطابق الثاني ( إقامة الفتح ) - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 40 79 - Tél : المستعجلات : 07 62 75 44 49 - البريد الإلكتروني : casaortho@gmail.com

149,50

②

Cesurati Fork

430,60 Sep 1/ pul 14



DR. ABDEL FADIL OMAR  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Unité de Rééducation Fonctionnelle  
Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharar  
Rue Socrate - Maarif  
Casablanca - T. 0522 25 22 09



Dr. ABOU EL FADEL Omar

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport



د. ابو الفاضل عمر

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
آلام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le 09/10/20 في الدار البيضاء

u27y x2  
+ Hulst  
100, u27x2 gel / pul 20  
+ Bres: pul 20  
1 sachet / pul 15

(S.V)

(S.V)

ie BAKTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Tél: 0522 25 22 09  
Casablanca  
28h, 00

Madame BAKTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél: 0522 25 22 09

د. ابو الفاضل عمر  
Dr. ABOU EL FADEL Omar  
اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
آلام الظهر و الطب الرياضي

217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2<sup>ème</sup> Étage ( Résidence El Fath ) - Maârif Extension - Casablanca

217, شارع ابراهيم الروداني شقة 5 الطابق الثاني (إقامة افتح) - المعاريف - الدار البيضاء

E-mail : casaortho@gmail.com : البريد الإلكتروني : Urgences : 07 62 75 44 49 - Tél : 05 22 25 40 79 : الهاتف

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescents

voie orale

 **chiesi**



100/40  
LOT 19018  
PER 12/22  
PPV 1003H40

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescents

voie orale

 **chiesi**



100/40  
LOT 19018  
PER 12/22  
PPV 1003H40



Voie orale

14

Gélules

Microgranules  
Gastrorésistants

**KALEST<sup>®</sup>**

Oméprazole — 20 mg



 **MC PHARMA**

L0T 191191  
EXP 04/2022  
PPV 42.00DH





Voie orale

14

Gélules

Microgranules  
Gastrorésistants

**KALEST<sup>®</sup>**

Oméprazole — 20 mg



 **MC PHARMA**

L0T 191191  
EXP 04/2022  
PPV 42.00DH

# سيلبيركس

سيليكو كسيب

200 مغ

Pfizer

مضاد للالتهاب  
مضاد للألم

CELEBREX<sup>®</sup>

200 mg

20 GELULES



6

118000 250098

20

كبسولة

Lot.

Exp.

P.P.V : 150.00

P10002677



PPV: 22DH20  
PER: 05/22  
LOT: J1413

# Codoliprane

PARACETAMOL ET CODEINE



**b**

bottu s.a

str. Alié des Cassanmas - Ain Seida - Casablanca  
S Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIM  
SECAB



**ESAC<sup>®</sup>** **20**  
ésoméprazole **mg**

**14 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



Chlor  
Aur  
①

82,10

LOT 130052  
PER 07721  
PPV 820110



# curarti®

## forte

comprimé

MEDIPRO  
PHARMA



30

comprimés



Voie orale

PPC : 149,50 DH

Lot :

À consommer de  
préférence avant le :

curarti®  
comprimé

395284

11/2022