

## 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.

### 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-539012

49.592

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : RTM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUYA NOUR  
 Date de naissance : 1991  
 Adresse :  
 Tél. : 070099922 Total des frais engagés : 477,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/20  
 Nom et prénom du malade : BOUYA NOUR NARSES  
 Age : 29  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : fièvre + RTM  
 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 11/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 11/11/2020



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
11/12/20				INP : 091047845 091047845

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L. 140 Lot Smirada Lissas Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	11/12/20	42215

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

11. 11. 20

ORDONNANCE



13/10

MR BOU YAMOURN

4x 4/12

70 PAAL 20  
- Ven lollu au sp

MAR 2007

4 bts  
1 u x 2

2x 14~

- Dolepne 19 x 2



8.8

- 2 francs 500

27.27

- Rhenomide 19 x 2

34/10

47/10

70 lollu 19 x 2  
Apr 2007



CHARHACH SARANAZ  
S.A.R.L. 140  
140 Lot Amine et Lissasfa  
Coudablan 27  
Tel/Fax : 05 27 55 20 07

BICHRI Fatima  
Médecin Chef  
C/S Sidi Bernoussi  
Légation Sidi Bernoussi

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



Pfizer

زيتروماكس  
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. : 0 2 0 2 1

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 2 8 0 2 3 2



D

PARA



b  
82, Allée des Cailloux  
S. Bachouchi -

PPV:14DH00

PER:06/23

LOT:J1942

D

PARA



b  
82, Allée des Cailloux  
S. Bachouchi -

PPV:14DH00

PER:06/23

LOT:J1942

22,70

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول



34,49

Motilium® 10 mg



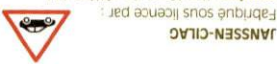
احترام الطائفة اليهودية  
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
بموجب فقط بموجب وصفة طبية - لا تحت II

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée  
des enfants.

الأطفال على الخطر قبل الاستعمال  
الأطفال عن مراهق ومعتدل الأطفال  
يحفظ بعيدا عن مراهق ومعتدل الأطفال



JANSSEN-CILAG

Fabrique sous licence par :

maphar, km 10, route côtière 111,  
Ol-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

MOTILIUM 10MG  
CP PELL B20

