

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-655406

137401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9310 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUQUI MUSTAPHA

Date de naissance : 03/04/1974

Adresse : 115 MY ABDELLAH RUE 160 N° 78

Tél. : 0663235840 Total des frais engagés : 436,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Rachid AIT ALI  
86 bis Rue 12 Alfadl  
20480 Casablanca

Date de consultation : 02/10/2022

Nom et prénom du malade : CHAOUQUI MUSTAPHA Age : 48

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

Nature de la maladie : Douleur parodontale mucoépithéliale

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 : CASA Le : 02/10/2022


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
03/10/2022	100	9	236,20	INF : 999763352 Dr Rachid AIT ALI 86 bis Rue 12 Aitadi 25480 Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10/2022	236,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

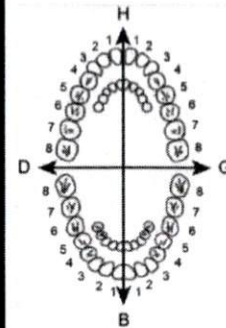
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

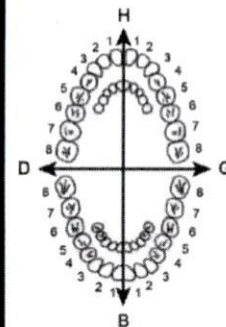
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Rachid AIT ALI

Omnipraticien

Diabète et Nutrition médicale

Gériatrie

Petite Chirurgie (Peau et Ongles)

Allergies et Urgences

Université Claude BERNARD - Lyon (France)

Échographie - ECG - Aerosolthérapie.

# الدكتور رشيد أيت علي

طبيب

علاج السكري والتغذية الصحية

أمراض الشيخوخة

جراحة الجلد والأظافر

الحساسية وطب المستجلات

خريج جامعة كلود برنارد بليون (فرنسا)

الفحص بالصدى . التخطيط الكهربائي للقلب . العلاج النفسي .

Casablanca le : 03/10/2022

## MR CHAOUQUI MUSTAPHA

### • Difal 50 mg - comprimé

1 Comprimé, 3 fois par jour, au cours des repas, pendant 4 jours Puis 1 Comprimé, 2 fois par jour, au cours des repas, pendant 6 jours.

### • Mydoflex - Comprimé

1 comprimé x 3 par jour pendant 10 jours.

### • Belmazol 20 mg - gélule

1 Gélule, 1 fois par jour, le matin pendant 2 semaines

### • Flexanat - pommade

Appliquez une fine couche de pommade sur la zone affectée et et faire pénétrer en massant doucement. Jusqu'à deux fois par jour pendant 5 jours.

LOT :

EXP : 49,00

PPV :

N° d'enregistrement au ministère de la santé :  
720/18129/2021/COSMAT/DMP/RR/18  
N° de lot : F-02  
Date de Fab : Oct-21  
Date d'Exp : Sep-23  
PPC : 49.00 MAD



**DIFAL®**

Diclofenac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44.20 DH

6 118000 190349

43x20x90

12

Dr Rachid AIT ALI  
86 bis Rue 12 Alfadl  
20480 Casablanca