

## 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 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

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° W21-776923

*par*  
*adhérent*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1839* Société : *159602*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *TAOUFI - AHMED*

Date de naissance : *12-09-1952*

Adresse : *11 RUE EL HAN ALI TAM 6ème ETAGE N°24 TANGER*

Tél. : *06.65231233* Total des frais engagés : *89.90* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : */*

Nom et prénom du malade : *TAOUFI - AHMED* Age : *70*

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 : *TANGER* Le : *09/05/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie URANAD Dr. ABDELADIM TANOD 18, Rue Tehran Tan Tel 05 39 94 07</p>	21/05/23	89.90

[illegible][illegible]

# 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie GRANADA

ABDELADIM TANOUTI

12, Rue Teheran

**Tel. 039 94 07 72**

Patente nº 50438148

# TANGER

صيدلية غرناطة

السيد : التّنوّتى عبد العظيم

12 شارع طه — ران



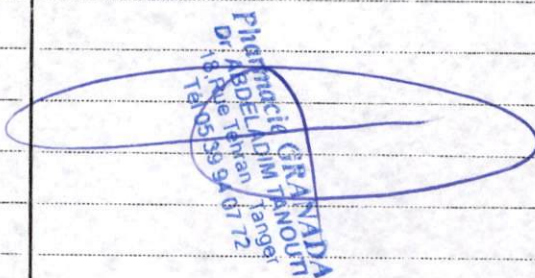
الهاتف 039 94 0772 طليحة

# FACTURE

№ 0009499

Tanger, le 2.5.23

Mr.

Quantité	DESIGNATION	Prix Un.	Prix TOTAL
1	Tag M.P. 3 <div style="text-align: center;">   </div> <div style="text-align: center;">  </div>		89.90

### Données nutritionnelles par comprimé :

Calories	7.7069
Kilojoule	32.3055
Protéine	0.0004 g
Hydrate de carbone	0.2159 g
Sucre	0.0013 g
Sodium	167.8089 g
Pain unité	0.0181 g

### Composition :

Carbonate de magnésium : 200 mg ; oxyde de magnésium : 100 mg ; taurine : 150 mg ; vitamine B6 : 2 mg Excipients (en mg par unité) : acide citrique : 2284.500 ; bicarbonate de sodium : 585.324 ; sorbitol : 167.461 ; arôme de pamplemousse : 70.000 ; cyclamate de sodium : 60.000 ; saccharine de sodium : 6.000 .



PROMOPHYDIS

# MAGN UP

## MAGNÉSIUM

20 COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS

### Conseil d'utilisation :

1 comprimé effervescent par jour dissout dans un verre d'eau.  
Tenir hors de portée des enfants

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

La prise de **MAGN UP** ne peut en aucun cas être considérée comme substitut à un régime alimentaire varié.

### MAGN UP

LOT : L2017/6S

DLUO : 01/2025

PPC : 89.90 DH

PROMOPHYDIS

Exclusivité Promophydis

213, Lot Al Massar - Marrakech - Maroc

Fabriqué par:

C. Hedenkamp GmbH & Co. KG,

Hierbusch 1, D-33161 Hövelhof, Allemagne