

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 de caractère personnel.

N° W21-637048

160949

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	02616	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Royal Air Maroc Retraité Abdellatif
Nom & Prénom :		BEN LOUITA Abdellatif	
Date de naissance :		9.4.60	
Adresse :		26 Rue 5 Al bauafay beausjour CASA	
Tél. :	06 78 78 90 46	Total des frais engagés : 399,10 Dhs	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

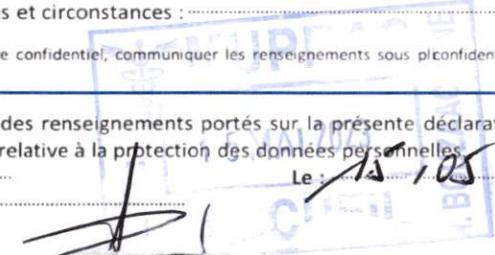
<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et 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 : 13/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement de
104 AVR 2023	AC	1	1000	INPE 0911374 Docteur Taoufik TRIH Médecine Générale Drs Hassant Rue 11 N° 37 Casablanca Tél: 0524 44 05 40 02 07

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. AHMED CHAFI 392	04 AVR 2023	399,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

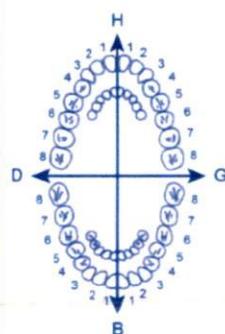
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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	

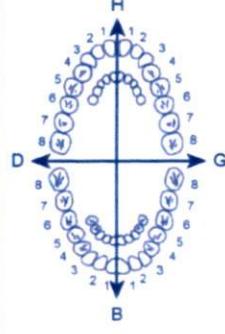


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale  
Echographie



الدكتور توفيق التريبي

طبيب رئيسي سابق

الطب العام

الفحص بالصدى

104 AVR 2023

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في :

Mr BENZAÏD HIBA ABDELLAH

~~PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFRY  
6-1392~~

222,00 ₣ Mometamax N 1 S.V

20,00 ₣ Mikel N 1 S.V

22,70 ₣ Mometamax 100 mg S.V

30,00 ₣ Mefenadol S.V

15,40 ₣ Iffel S.V

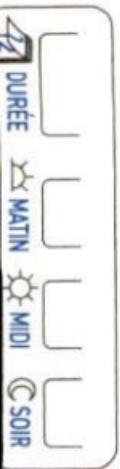
324,10 ₣ Dr. MASH C hell S.V

Docteur Taoufik TRIHI  
Médecine Générale  
Derb Widad Rue 11 N°377  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 45 44 - 05 40 04 07 51

المنتجات

LOT 201171  
EXP 04/2023  
PPV 30.00DH

بيجي د



Microgranules gastrorés

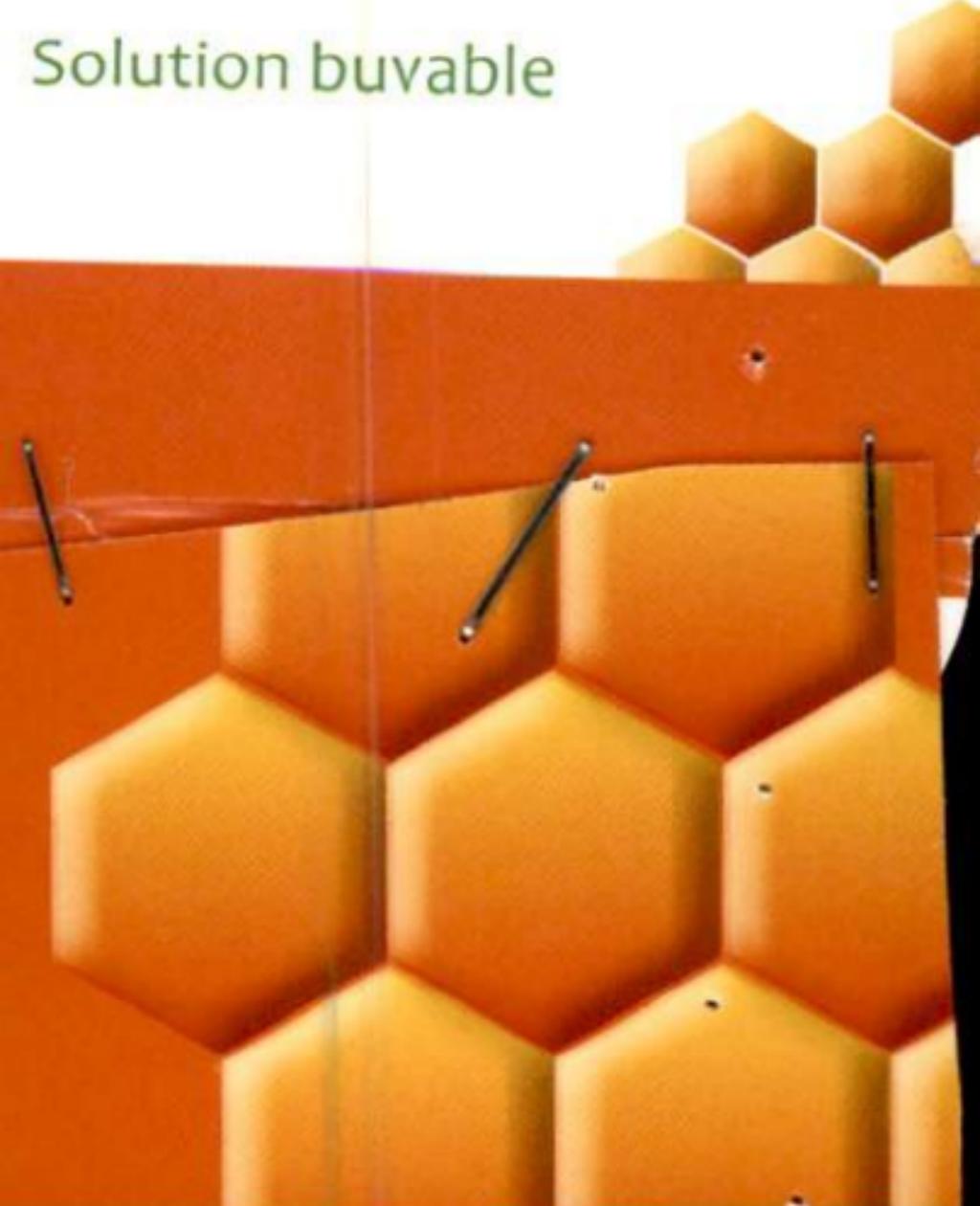
omeprazole

2220

# Apixol®

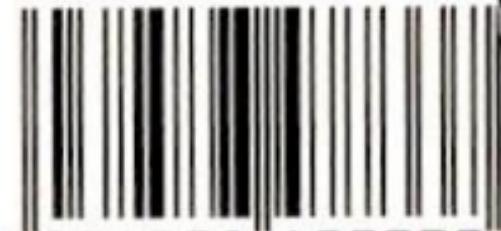
Adultes

Solution buvable



200 ml e

Pharmalife   
RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 220645

À consommer  
avant le: 09/2025

PPC: 79,00 DH

buvable en sachet  
poudre pour suspension

1g/125 mg

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour  
prendre de préférence au début des repas  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الإكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 222,00 DH  
LOT: 650130  
PER: 07/24



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Duphalac

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



5 118000 010494