

# 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

M22- N° 002168

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : 163543

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZGOUTI MUHAMMAD

Date de naissance : 19/04/52

Adresse : 105 FAH2 N°21, Bd laaz

Tél. : 0661 106216 Total des frais engagés : 1249 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/05/23

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Diabète Sucre

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 23/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
23/05/23	G		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/23	1449.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

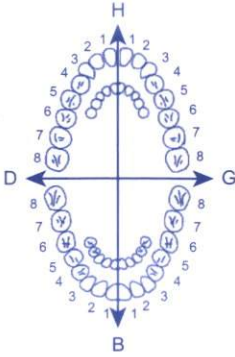
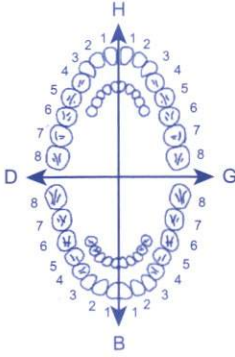
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

الدكتورة عرباوي بتال فاتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 23/05/23

M EL NA ZYANI Nourphé

(390,00x2)

- Galvus So.

(20,80x3)

- Glucophage So

(24,40x4)

- Glucophage So

(6,80x4)

- Glucophage So

(6,80x4)

- Glucophage So

(188,50x2)

- Glucophage So

1/2 dose

1/2 dose

88,00

LOT 224803  
EXP 12/25  
PPV 880H50

LOT 224451  
EXP 08/25  
PPV 1880H50

Voie orale

إقامة جوهرة، 150 طريق الوانيس (مقابل محطة القطار الوانيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél: 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax: 0522 23 25 06

En cas d'urgence: 0663 43 95 48

Patente: 091046169-IF:401444221-ICE: 001714969000048



20,80

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH



6 118000 190561

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH



6 118000 190561



6118001031030

**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

20,80

20,80



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

7862160342



6118001031030

**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

7862160342

21/EXP

onnance

scrire

UH

sable

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20



6 118000 190561

**LYSOPURIC®**

Allopurinol 100 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH



6 118000 190561



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 6,80 DH

7862160335



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

7862160342