

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

S'AGIT BIEN M. L. D 111

Déclaration de Maladie

M23-0028537

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3710** Société : **190585**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **DENNOURI MUSTAFA**
Date de naissance : **30 JUL 1957**
Adresse : **02 RUE DU TILIER RESIDENCE SAMIA S° EA**
APPT N° 19 MEAS SULTAN CASA
Tél. : **0670930205** Total des frais engagés : **#3251,20#** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09/01/2024**
Nom et prénom du malade : **RAHMOU EP DENNOURI Samia**
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Diabète**
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 : **CASA**

Le : **09/01/2024**

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
05/01/2018			350,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/01/2018 2951,20

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

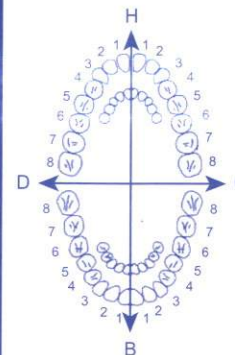
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

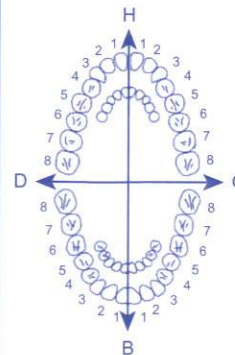
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypo
Diplôme en Diabétologie
Diplôme en Nutrition Appliquée
Capacité de Traitement par Pompe à Insul
Diplôme en Echographie
Holter Glycemique

LOT : 3128
PER : 03-26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3128
PER : 03 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4533
PER : 05 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3128
PER : 03-26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 19 DH 00

Casablanca le, 09/01/2024

Mme RACHID EP DENNOURI Soumiya

419.00
- X6
19.00
FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin (pendant 03 mois)

ADO 850 MG

1 comprimé, matin, midi et soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

INEXIUM 40 mg

1 comprimé le matin (pendant 01 mois)

SYNTHEMEDIC
22 rue zouheir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zouheir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nourriture
293 Bd
24 86 41 90 - 05 22 06 56 34

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli t
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 18502