

## 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° W21-798033

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1739 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

TAOLIFI - AHMED

Date de naissance :

12-09-1952

Adresse :

2 RUE IBN HAITAM - TANGER

Tél. :

06 65 23 12 33

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

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.

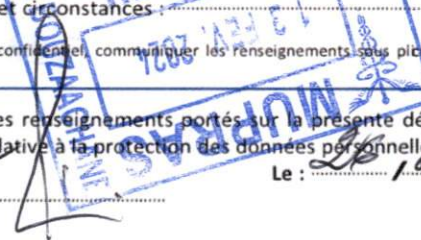
Fait à :

TANGER

Le :

26/01/2014

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/01/2024

17050

### 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

AM

PC

IM

IV

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.

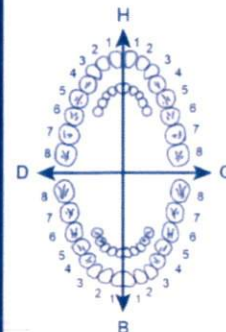
#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



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  
35533411 11433553  
G  
B

(Création, remont, adjonction)

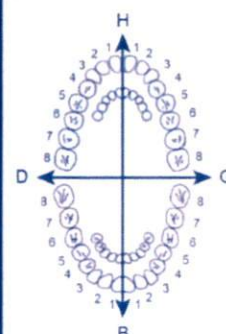
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

M. ....

صيدلية باريس  
**Pharmacie de PARIS**  
Mme SOUFIANE Souad  
Pharmacienne

8, Place de France - TANGER

Tanger Le 26/01/2024 Facture N° 72

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	Azia 500mg		7970
1	Asaph 500x24		9080
			17050

صيدلية باريس  
**Pharmacie de PARIS**  
Mme SOUFIANE Souad  
Pharmacienne  
8, Place de France - TANGER  
Tél 05 39 93 84 74





**COMPOSITION :**

Flucloxacilline ..... 500mg  
Excipients q.s.p. .... une gélule



Conserver à une température  
inférieure à 25°C et à l'abri  
de l'humidité.

Respecter les doses prescrites

Liste I

AMM : 363 DMP/21/NCV

# أستاف

فلوكلوكساسيلين

500 مغ

24

كبسولة

مضاد حيوي

Laboratoires Pharmaceutiques

PHARMA 75

Yasmine LAHLOU FILALI  
Pharmacien Responsable

Posologie, indications,  
contre-indications : voir notice

Astaph 500mg/24 gélules



6 118000 090144

POSOLOGIE ET MODE

D'ADMINISTRATION :

Adulte : lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

**AZIX®**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

*Rhune*

COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

عن طريق الفم

500 ملغ

*anti-infectieux*

**أزيكس®**

أزيتروميسين

PPV  
PER  
LOT

01/25  
F857

*0202*

**AZIX® 500 mg**  
Azithromycine  
**3 Comprimés sécables**

6 118000 040941



أقراص  
قابلة للكسر

3

بوتي ثم  
مير الكاثريليايس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. الشوش - صيدلي مسؤول

b

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

q

bottu s.a.

82, Allée des Couronnes - All. Schla - Casablanca  
S. Rachouchi - Pharmaciens Responsables

3 Comprimés  
sécables



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES