

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-0027542

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBOUHIA Mohamed

Date de naissance : 30/05/1966

Adresse : A. H

Tél : 0661618129 Total des frais engagés : 300 + 64.29,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : BENBOUHIA Mohamed

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 : Casablanca

Le : 26 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
21 FEB. 2024			300 dh	Dr. W. CHAFIQ FILALI DENTISTE - Casablanca Tél: 05 22 21 84 09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
HARMACIE ALI CHARRA Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Adh charaf N°DM2 Hay Inara Haddadouta Casablanca Tél: 05 22 21 84 09	21/2/24	6429,00

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				

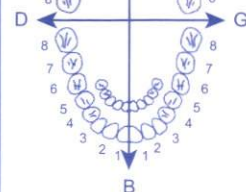
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
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 Wafra CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie

et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

ndrologie

Vous

ablanca, le ..... 21/02/2024 في الدار البيضاء،

## المختصة في أمراض الغدد

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

5x3ml  
160 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec/Insuline Asparte  
PPV : 1182,00 MAD



BENBOUHIA MOHAMED

- RYZODEG FlexTouch  
1 INJECTION , 34U/34 U pendant 3MOIS

- FORXIGA 10  
1 Comprimé, /J X 3MOIS MATIN

- Glucophage 1000 mg  
1 Comprimé, matin, soir, pendant 3MOIS = ADO 1000=  
DIAFORMINE 1000

- Victoza  
1 injection 0,6mg /J LE SOIR x 1SEMAINE PUIS 1,2mg /J X  
3MOIS

- Januvia 100 mg  
1 Comprimé, midi, pendant 3MOIS SI MANQU  
VICTOZA

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE  
51, Bd. Rostam El-Mashouk - Casablanca  
Tél: 0522 21 64 00

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE  
51, Bd. Rostam El-Mashouk - Casablanca  
Tél: 0522 21 64 00

Maphar  
Bd. Akimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

PHARMACIE AGH-CHARAF

Dr. Bouchra TAOUDI

Coopérative Agh-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddadouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 00

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE  
51, Bd. Rostam El-Mashouk - Casablanca  
Tél: 0522 21 64 00

SSAFA N° 19 -  
المساء / Whatsapp : 0  
afiqfilali@gmail.com

6 118001 121403  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS

6 118001 121403

6 118001 121403  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS