

## 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 | 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 des données à caractère personnel.

N° W19-504877

11086

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 12903			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL FARISSI OUSSAMA
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		Adresse : habielle	
Tél. : 0661497302		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	25 DEC. 2019
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Ram
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



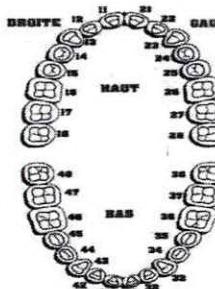
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

**Montant des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

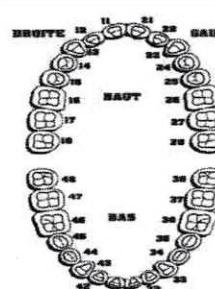
### Coefficient des travaux

**Montant des soins**

**Date du devis**

**Fin de**

### O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	
D	25533412
	00000000
	00000000
	35533411
G	21433552
	00000000
	00000000
	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'exécution

### VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

### DECLARATION N°

W18-393149

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**Cachet**

**MUPRAS**

Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutualité

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 19903

Nom & Prénom EL FARISSE Oussama

Fonction Manager Phones 0661 49 73 02

Mail o.elfarissi@royalairmaroc.com

### MEDECIN

Prénom du patient

EL FARISSE KENZA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date 16-10-19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

S

(+)

20000

### PHARMACIE

Date 16/10/19

Montant de la facture

52150

25 DEC. 2019

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

CACHET

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 16/10/19

EL FARISSI Kenza

- 1/ STODAL (سج)  
ج 1cm x 2 / ج 1.8cm
- 2/ Lopreus (ف)  
ج 1cm le sein x 10 ج
- 3/ Dolostope (جي)  
ج 100g (10) x 4 / ج

Dr NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
Faculté de Médecine Casablanca  
Bd Abdelloumen 30  
Tel: 0522.23.23.81  
Fax: 0522.23.23.80

LOT : 3505  
UT.AV : 06 - 22  
P.P.V : 16 DH 60

# Dolostop<sup>®</sup>

Paracétamol

Pédiatrique

2,4 g/100 ml

Solution buvable  
en flacon

90 ml

Voie orale

PPV:24DH50  
PER:04/21  
LOT:1932



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Traitemen  
de la toux

# STODAL®

SIROP



SIROP AVEC  
GODET DOSEUR

BOIRON®

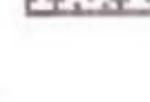
Lot:

Exp.:

CTP: 3400931000679

16070217

07/2023



BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00



\* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 \*