

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W19-474784

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2796 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUHARI Abdelhak  
 Date de naissance : 14.05.1947  
 Adresse : LOHAMENT ALBOUSTANE - IMM 37 - Apt 10  
 HAY EL FATI - CYM RABAT  
 Tél. : 0667321249 Total des frais engagés : 162,90 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-474784

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 2796  
 Nom de l'adhérent(e) : TOUHARI  
 Total des frais engagés : 162,90  
 Date de dépôt :



### 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
	04/12/2019	162,90

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

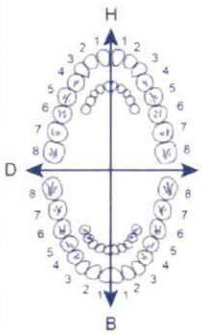
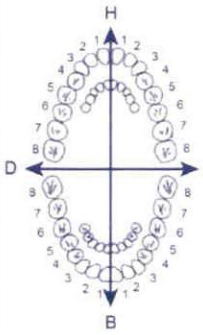
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<b>Dr. IDRISSI AMBAQUI BATOUL</b> Médecine Générale Assermentée auprès des Tribunaux 10, Avenue Al Massira, Anfal 4 Extension C.Y.M. - Rabat Tél: 05 37 79 95 96
Certifie que Mlle, Mme, M :	<i>Jeune Femme Abdel Fekhal</i>
Présente	<i>une diabète type 2</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>Prescription de médicaments de 03 à 8 ans de vie</i>
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit) .....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

**Dr. IDRISSI AMBAQUI BATOUL**  
 Médecine Générale  
 Assermentée auprès des Tribunaux  
 10, Avenue Al Massira, Anfal 4  
 Extension C.Y.M. - Rabat  
 Tél: 05 37 79 95 96

HALIM RADJ  
05 37 29 20 00  
MAG 15 IMM 8 RESIDENCE MIMOSAS HAY ELFATH CYM , RABAT



Date de vente : 04/12/2019  
Médecin traitant :

Maroc

<b>Total</b>	<b>162,90 DHS</b>
--------------	-------------------

**Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-deux DHS et quatre-vingt-dix centimes**

**PHARMACIE MIMOSAS**  
 Rés. Mimosas Hay El Fath - Rabat  
 Tél : 06 37 29 20 00  
 INPE : 102 04 27 44

54,30

**DIAMICRON 30 mg**

Glidazide

30 Comprimés à Libération Modifiée

احترسوا المقادير الممنوعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بموجب وصفة طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**DIAMICRON 30 mg**

Glidazide

30

comprimés à libération modifiée





54,30

**DIAMICRON 30 mg**  
Glidazide

30 Comprimés à Libération Modifiée



احذروا المقادير الممنوعة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بموجب وصفة طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**DIAMICRON 30 mg**  
Glidazide

30 comprimés à libération modifiée



54,30

**DIAMICRON 30 mg**  
Glidazide

30 Comprimés à Libération Modifiée



احذروا المقادير الممنوعة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بموجب وصفة طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**DIAMICRON 30 mg**  
Glidazide

30 comprimés à libération modifiée

