

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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° M20- 0000929

60863

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470 Société : R.A. 17

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHLIH Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 286 MUPRAS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2021

Nom et prénom du malade : Mr. Karim Abdelnasser Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Cas


Le : 23/02/2021

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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/02/2021      | C                 | 01                    | 200                             |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 17/02/2021 | 786,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

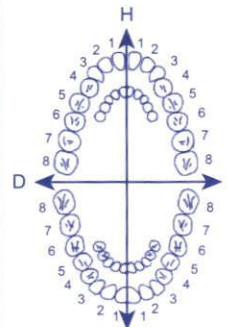
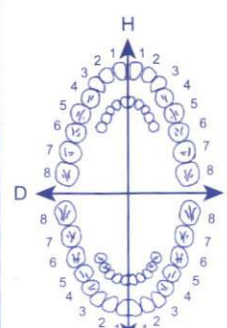
# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

6 118001 041077  
Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTUS S.A.  
PPV: 550 DH 00

LOT C9347316.7  
UT AV 07 2021  
PPV 111.00 DH

125,00

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|-------------------------|
|    |   |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H                       |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H   |   |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| 25533412<br>00000000  | 21433552<br>00000000  |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| D   | G   |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| 00000000<br>35533411  | 00000000<br>11433553  |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
| B   |   |                  |             |                         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                         |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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

**Dr. TAGNAOUTI Brahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux

**MEDECINE GENERALE**

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 59 32

**الدكتور إبراهيم التناوتي**

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - العاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

17/02/2021

الدار البيضاء، في

Mr Khaled Abdelouahab

550,00 Tardane  
1x21



125,00 Co Amarel 2mg/500  
1x de mat



111,00 Humalog Mix 100  
15 unités le sm



786,00

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
05 22 25 59 32

Pharmacie du Jura  
TAHRI GOUTE Rachid  
129, Bis Rue Oussama Ben Zaid  
Casablanca - Tél. : 05 22 25 34 44