

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

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° P19- 051629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/2000

Adresse : Wp Tili (C) W. y. W= 11 quartier d.

Wp Tili Casablanca

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2021

Nom et prénom du malade : NAZIANE KHADJA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhum H7A, DNTD

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) :



# 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
16/06/2021	C		150,00	DOCTEUR AMIR TACE MEDECIN GENERALISTE Quartier Aggrégé Bloc F N° 40 Sidi Maarouf Ouled el Hadj 1er Etage Casablanca - Tél: 31 22 72 41

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la Facture

251,2 DH

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

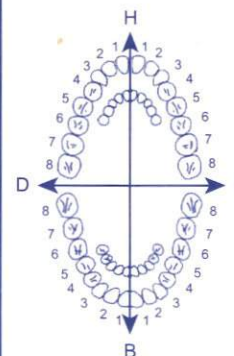
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

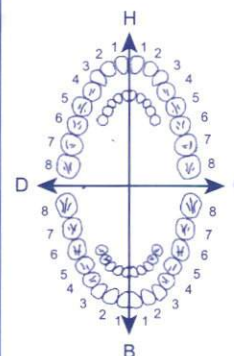
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samir TACE

Omnipraticien

EX. Médecin de Travail

au niveau des industries chimiques

O.C.P

Diplômé en Echographie

E.C.G



الدكتور سمير طاس

طبيب عام

طبيب شغل سابقا بكيمواويات المغرب

م.ش.ق

دبلوم الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Casablanca, le 16/06/2021 البيضاء في

Dr. NAZIANE Khatjo

1/ Amoxicil 1g

1 - 0 - 1

2/ Dolipar 1g

1 - 1 - 1

3/ Histanorm

0 - 0 - 1

4/ Clavexane 500/25

5/ Abdoctogel

HISTANORM® 5 mg/5 ml

PPV 48DH00

EXP 03/2022

LOT 9N024 2

حي النجاح، بلوك ف، رقم 40، سيدي معروف أولاد حدو الطابق الأول - البيضاء  
Quartier Annajah, Bloc F, N°40 Sidi Maârouf Oulad Hadou 1er Etage - Casablanca

Tél : 05 22 78 06 06 - E-mail : Dr.tacesamir@gmail.com

251,2 DH

# Amoxil 1g

amoxicilline

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
Excipient q.s.p. .... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.  
Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

Amoxicillin 1g. يحتوي هذا الدواء على الأسيتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



PPV: 55.00 DH  
LOT: 644268  
PER: 12/21

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



LOT N° :

UT. AV. :

P.P.V

39,30

09366132/4

LOT N° :

UT. AV. :

P.P.V

39,30

09366132/4

LOT N° : 1 2 8 8 5 9 4

UT. AV. : 1 2 2 2

P.P.V

39,30

3 9 3 0

09366132/4

LOT N° :

UT. AV. :

P.P.V

39,30

3 9 3 0

20,80