

# 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 : 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.

N° W21-643499

83178

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5510		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : FAKHOUR Abdelilah			
Date de naissance : 16/06/1964			
Adresse : 23 Lotissement Haj Fathia 5 AL OULFA CASA			
Tél. : 0663718784		Total des frais engagés : 3453,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Khadija CHARKOUI, Endocrinologue, Spécialiste Endocrinologie, 30 ans, Tel: 0522 88 79 34	
Date de consultation : 01/09/2021	
Nom et prénom du malade : FAKHOUR Abdelilah, Age : 57 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca, le 01/09/2021	
Signature de l'adhérent(e) : 	
Le : 01/09/2021	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/08/2021	12	2500	INP : 1111111111111111	<i>DR. M. S. 091013412</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STEPHANIE CASSIUS Maitre Pharmaciene ambiance ref: 05293102</i>	30.08.21	3203,40

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

	<p>D 00000000 00000000 G</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p><b>B</b></p>	
	<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional  
de Diabétologie

Sur rendez-vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقاً للمركز الجهوي

الأمراض السكري

بالملاعنة

30 - 8 - 21

Casablanca, le :

M FAKHOUR Abdellah

M 82,00. Ryzo deg. 30 V 30 min. 5 Rm

56,80 kg Glycine 2 kg 3 kg  
G midi 1 kg

550,00 kg 3 Tardicem 30 10 Rm

50,00 kg 100 Zinokrin 30 10 Rm  
50,00 kg 100 suu hane 30 10 Rm

100, Résidence Al Qsok Bd Oum Rabii - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca Sur Rendez-vous

الهاتف: 05 22 89 79 34 - GSM: 06 31 89 60 35: رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع الألفة - الدار البيضاء

8-9564-73-250-1

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline déglutide/Insuline Asparte  
PPV: 1182,00 MAD



6 118001 121601

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

56,80

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

313839-02

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

313839-02

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

313839-02

EXP 15/04/2025  
LOT 01/2023  
Vita C 1000®

EXP 11/04/2023  
LOT 01/2023  
Vita C 1000®

Vita C 1000®