

## 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

- 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° W21-638534

*Couvert*  
*93017*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *01201*

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *EL JAOUHARI ABDELLATIF*

Date de naissance : *1945*

Adresse : *116 Maristan 3*

*Amorlich - MARRAKECH*

Tél. : *0658992921* Total des frais engagés : *913,10* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/11*

Nom et prénom du malade : *EL JAOUHARI ABDELLATIF*

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

Nature de la maladie : *Maladie chronique*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *1 carter - 20/11/21*

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 : *Marrakech* Le : *16/11/21*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-638534

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 : *01201*

Nom de l'adhérent(e) : *EL JAOUHARI*

Total des frais engagés : *913,10*

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
1-8-21	Examen	1	2000	INF: [Signature]
3-8-21	Examen	1	2000	[Signature]

[illegible]

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

[illegible]

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

# RELEVÉ DES SOINS 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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rafouk -Bakkari Aziza

Diplômée de la FMC, Paris et Grenoble

Victimologie

Hypertension artérielle et Risque  
cardiovasculaire et rénal

Omnipraticien

Echographiste-Doppleriste

البكتورة رفوق بكاري مزينة

خريجة البيضاء، باريس وكرونوبل

علم الضحايا

الضغط الدموي وعواقبه على القلب،

الشرابين والكليتين

إلبيية اكوغرافيا-دوبيلير

١٠٨ - ١٠٣

EL JAOUHARI. M. elstef

14,30x6

- OPADEXANO, 5 - 68



12cp - Priso unip - wstn

123,60

spn x 9



- IMEXIUM 40

PHARMACIE MANISS  
Dr. BOUGHABA Habib  
N° 12 Merlane 3  
Amerchich - Marrakech  
Tél : 05 24 30 13 27

139,12 4cp wstn

Zyvox. 400

2cp



0,8

2s/c x 2/1 < 5

إقامة الأطلسي جناح 1 زاوية شارع علال الفاسي و 11 يناير رقم 4- مراكش-الهاتف 05.24.43.75.30

Res.A1, Atlassi, Angle AV..11 Janvier. AV .Allal El Fassi-Bab Doukkala-Marrakech- Tel : 05.24 43 75 30



U.I.M.V.:

1

1.

1

L  
U

1

LOT N°:

: (HD) Add

UT. AV.:

LOT N°:

ppv(DH):

C<sub>2</sub> GR

641/15DMP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

فلو کسی

موکسیفلوکساسین 400 ملغ



6 118000 410041

LOT: M0453  
PER: 12/2022  
PPV: 139,50DH

# نوفیکس

إنوكسابارين صوديك

LOT 202864 2

EXP 11 2022

PPV 164.20 DH

**Novex®**  
Baumwollspinnstoffe AMO

6 118000 021933