

## 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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-675851

103487

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NAOUAL AKAABOUNE

Date de naissance :

12/04/75

Adresse :

40 Bd de Bordeaux

Tél. :

0661136540

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
Lot. 28 Littoral II Dar Bouazza  
Tél 05 22 29 08 62

Date de consultation :

16/12/2021

Nom et prénom du malade :

CHAFEI ZAYN MALIK

Age :

4 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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) :

11 FEV. 2022  
ACCUEIL

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
16.12.21	c	1	159 - DH	INP : 181011130 Dr. ANSAR Abdelkerim Médecin Générale Lot. 28 Littoral II Dar Bouazza Tél 05 22 29 08 62

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/21	11,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

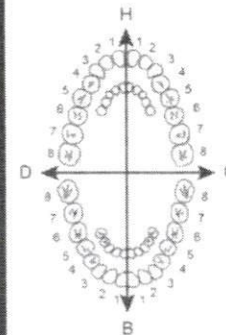
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

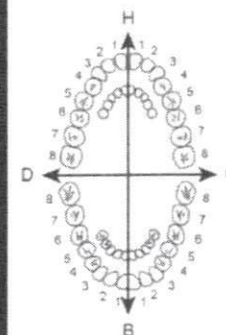
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VQLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		
25633412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Docteur Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux

R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza

Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنصار عبد الكريم

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا

**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم

رقم 28، الساحل II دار بوعزة

الهاتف والفاكس : 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 16. 12. 2021 : دار بوعزة في :

CHAFEI ZAYN Nalid

7000

○ Azimar 900

1 dose 16 kg - 3 g

3500

○ Dynamik

1 cu a 1/2 ca - 1 g

1770

○ Coqueluzal Extra

10500

1 up - 1/2 CS - 1 g

1 dose 16 kg x 1/2 CS -

Dr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale

Lot. 28 Littoral II Dar Bouazza  
Tél. 05 22 29 08 62

T = 20170

Cette présentation est réservée aux enfants de moins de 20 ans (environ 15 à 20 kg).  
La posologie est d'un suppositoire, à renouveler à chaque besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par jour.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.

# Coquelusédal Paracétamol 250

LOT 212695  
EXP 10 24  
PPV 21.50 DH

Toux • Fièvre • Etats grippaux

EL

ENFANTS

12

suppositoires

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250  
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS

Non remboursable



6 118000 020356

19.00

CPV 100100  
LOT 0060  
PER 09 24

A

# Azix<sup>®</sup>

**40 mg / ml** Azithromycine

**900 mg**

Poudre pour suspension buvable

PPV: 70DH00

PER: 10/24

LOT: K2695

**COMPOSITION**  
Azithromycine  
Sous forme de  
dihydrate d'azithromycine  
Pour 1 ml de suspension  
Excipients à effet osmolaire  
glucose (contre-indiqué chez les diabétiques)

**FORME PHARMACUTIQUE**  
Poudre pour suspension buvable  
21,4 g (contient 900 mg d'azithromycine)  
22,5 mg de poudre pour suspension buvable

**MG**  
Voie orale

NOURRISSE