

## 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 dentaires, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-637036

106513

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	2616	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	Retraite - Assellatif
Nom & Prénom : Dr. Louisa			
Date de naissance :	9.4.60	Adresse : 26 Rue M Souafaj Casablanca	
Tél. :	06 58 78 90 46	Total des frais engagés : 470.80 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<div style="text-align: center;"> </div>			
Cachet du médecin :	Docteur Tacoufik TRIHI	Date de consultation :	07/03/2022
Nom et prénom du malade :	Allergie Respiratoire		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Allergie Respiratoire		
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/03/2022

RELEVE 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
01 02 22	C	1	<i>(Signature)</i>	INP : 091137110 <i>Docteur Taoufik TRIFI</i> Médecine Générale Derb Widad Rue 11 N°377 Télé : 0522 22 94 66 Fax : 0522 22 94 66 Dr. Taoufik TRIFI

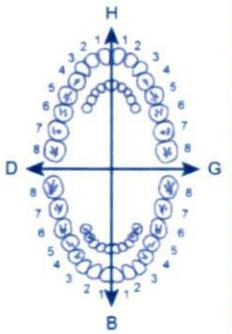
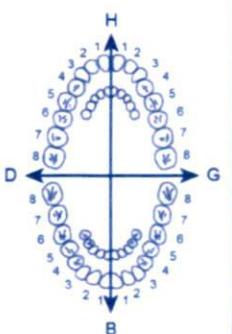
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE</i>	02 MARS 2022	479.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
		A M	P C	I M	I V

VOLET ADHERENT

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

	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H	25533412	21433552														
			00000000	00000000														
		D	00000000	00000000														
	35533411	11433553																
B																		
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 Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale  
Echographie



الدكتور توفيق التريبي

طبيب رئيس سابق

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca le : 07b2/22 الدار البيضاء في :

Mr BENZAITA ABDELLAH

25.70 ATAK 150 N =



45.50 CATA RAM 150 N =



45.30 +2 V en bouteille égale N =



185.00 STA R 150 N =



473.80 ATAP 150 N =



Docteur Taoufik TRIHI  
Médecine Générale  
Bd el Widad Rue 11 N°377  
Dar Hassan Casablanca

شارع أفغانستان، درب الوداد 377 الدار البيضاء الهاتف: 05 40 04 07 51 / 05 22 93 45 44

Bd. Afghanistan, Derb el Widad Rue 11 N°377 1er Etage Hay Hassani - Casablanca Tel.: 05 22 93 45 44 / 05 40 04 07 51

Tel:

~~PHARMACIE "IBA"~~

Hay Hassani Rue Banafaia  
N°51 Bis Beausejour - Casa  
Tél: 06 22 94 99 34

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

Ain El Aouda  
Région de Rabat

■ VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

■ VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Voie inhalée

250 µg  
/25

Propionate de fluticasone  
/salméterol

SAFLU®

LOT: GB10601

PER: 02/2024

PPV: 185 DH 00



Bien agiter avant chaque utilisation



8 032578 477337

Lot: 200037

À consommer  
avant le: 02/2023

PPC: 79,00 DH

Apixol®

Adultes

Solution buvable

# Catflam® 50mg

Diclofénac potassium

LOT : M20153  
EXP : AOU 2023  
PPV : 45,50 DH

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

®

AZIX

Azithromycine

500 mg

voie orale

PPV 790H70  
PER 08/24  
LOT K2180

