

## 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 inscrire 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 canalaire, 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 AID et AIC :

- 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](http://www.mupras.com)



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº W21-678903

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7082</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>107936</b>
Nom & Prénom : <b>FAPIS TAOUIFK</b>			
Date de naissance : <b>07 02 1958</b>			
Adresse :			
Tél. <b>668385526</b>		Total des frais engagés : <b>307,2</b>	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : Angers Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

~~2018~~

Le : 15/03/2022

## 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
15.03.2022		1	120,00	<p>INP : 091245332</p> <p>Dr. Mohamed NAWKI Médecin Générale Dr. Dar El Ghafar Dr. Houssni Casablanca 0522 75 31 24</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AÏNNA Lot Chabab Groupe Chabab CASABDANNA 19206775</i>	<i>11.03.2021</i>	<i>181.20</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

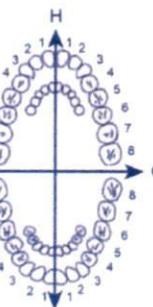
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVÉ 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 canalaire, 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"/>							
				Début d'exécution <input type="text"/>							
				Fin d'exécution <input type="text"/>							
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE								
		<b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
		25533412	21433552								
		00000000	00000000								
		35533411	11433553								
		<b>B</b> <input type="text"/>			Montants des soins <input type="text"/>						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>								
			Date de l'exécution <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale  
Echographie



Laureat de la Faculté  
de Médecin de Casablanca  
N 7 Lot Chabab Groupe C2  
Ain Sebaa CASABLANCA  
INBP : 09 Casablanca, le  
Tél : 05 22 73 74 73

الدكتور ناوي محمد

الطب العام  
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

14.03.2022

Nom : \_\_\_\_\_

SARA

FARIS.

80.00

1. AZIX enfant 40mg/ml  
120 ml x 3

28.10

2. Vogalene sp. (2) 100cc. x 3

20.10

3. Tributone sp. (2) 100cc x 3

32.00

4. Flasyl 4% 100cc x 3

21.70

5. Asperit 270 ml x 3

= 187.70

Amal III, Bd. Abi Dar El Ghaffari  
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Casablanca  
Medecine Générale 05 22 75 31 24  
Gsm : 05 22 75 31 24  
Tél : 05 22 75 31 24

شارع أبي دار الغفارى، رقم 144 أمل III - البرنوصى - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24  
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 21E001  
PER : 09/2022



Lot:  
EXP:  
PPV (DH):



LOT : 8739  
UT. AV : 04-26  
P.P.V : 24 DH 50

TOUAREG pour susp

PPV:80DH00  
PER:05/24  
LOT: K915



ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 21E006  
PER : 11/2021



FLAGYL 4%  
SUSP BUV FL 120 ML  
LOT : 21E037  
PER : 08/2023

