

## 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 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 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° W21-686490

11.566

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIR RKIA (veuve)

Date de naissance : 1948

Adresse : 1595 Massira 1 Temara

Tél. : 0697955570

Total des frais engagés : 536,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AKHATE TOUF-ITRI  
Dermatologue - Vénérologue  
N° 8, Imm. 209, Av. Ali Cherif  
Massira 1 - TEMARA  
Tél. : 05 37 60 10 11  
INP : 101149458

Date de consultation : 10/04/2022

Nom et prénom du malade : NADIR RKIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Temara Le : 10/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/04/22	286,90

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

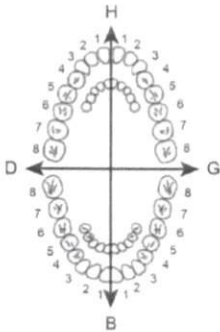
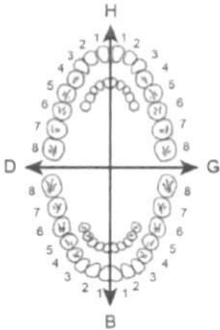
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>D</b></span> <span><b>G</b></span> </div> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<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



Dr. Akhiate Touf-Itri



الدكتورة أخياط توف إتري

Dermatologue

Peau, Cheveux, Ongles

Femmes, Hommes et Enfants

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Rabat

أخصائية في أمراض الجلد والشعر

والأظافر

نساء - رجال - أطفال

خريجة كلية الطب بالرباط

08 04 2022

Rxia

NADIR

LOT: 069  
PER: JUL 2024  
PPV: 76 DH 20

Dermato-Allergologie

أمراض حساسية  
الجلد

Dermatologie  
pédiatrique

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH

ID: 648547

118000 161295

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH

ID: 647760

118000 161295

Dermatologie  
Esthétique

طب التجميل والليزر

76,20

① Dycofen 100 =

1x / semaine

(0.1 mg)

② 17,40

Dermovul crème =

2x / Jm

31,00

③ Impresso stérile

(1 sensive)

(large)

seins

TSVP

رقم 8, عمارة 209 - شارع مولاي علي الشريف - مسيرة 1 - تمارة فوق القرض العقاري والسحاب والبنك الشعبي  
N°8, Imm 209 - Av My Ali Cherif - Massira 1 - Témara. Au dessus du CIH et de la Banque Populaire  
Tél: 05 37 60 10 11 - GSM: 06 61 33 66 54 - atoufitri@gmx.com

④ eosine pure

30,00

2 x 1 Jn

LOT: E2561J  
Date EXP: 12/2024  
PPC: 30,00 Dh

45,00

⑤ Bepanthen

2 x 1 Jn

87,50

BN: 2104964  
EXP: 05-2024  
PPC: 45,00 Dh

⑥ Dermofix pure

2 x 1 Jn

87,50

286,90

Pharmacie **BAHIA**  
170, Ave. Habib Bourguiba  
Mok. 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 10

**Dr. AKHATE TOUF-ITRI**  
Dermatologue - Vénérologue  
N° 8, Imn. 209, Av. My Ali Cherif  
Massira 1 - TEMARA  
Tél: 05 37 60 10 11  
INP: 101168458

INPE: 102013893