

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº M21- 065890

Optique **NE9545** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02616**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre

BENZOUITA

**Retraité
Abdellatif**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

9.4.60

ASA

Adresse :

**26. Rue M. bauafsaj Hay RANA
RASA**

Tél. : **06.78.78.90.46**

Total des frais engagés : **150 + 601.80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/09/2022

Nom et prénom du malade :

BENZOUITA ALLALATIF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie Reversible

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 :

DR TAOUFIK TRIKI

Le : **21/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/07/2017 | C 1 | 1 | 6970 DT | Docteur Taoufik TAKHRI Médecine Générale Widad Rue 11 n°374 Casablanca Tél : 05 40 04 07 77 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------|--|
|  Mr. Ahmed Raha Rue CHA 05 22 94 90 34 | 25 JUL 2022 |  Mr. Ahmed Raha Rue CHA 05 22 94 90 34 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|---|
| | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 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

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale
Echographie



الدكتور توفيق التريبي

طبيب رئيسي سابق

الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca le :

25/07/22 الدار البيضاء في:

MRENZARITA ABDELMALIK

185.00

SATIU US N°1



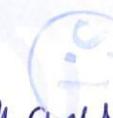
N°1

190.00

26 us

N°1

AE Re dox X n°1



N°1

PHARMACIE HIBA

Dr Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Hassanfaoui Casablanca
N°51 Bis Beauséjour
Tél: 05 22 94 99 32

45.30 + 22.90.60

1 →



N°1

VEN TOUNE gyl N°1

52.80

OF M 2 gols N°1



58.40

Belmihel 1 P 2 us N°1

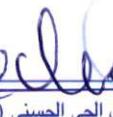


25.00

Yakel 3 N°1



Yakel 3 N°1



Docteur Taoufik TRIHI
Médecine Générale
Derb el Widad Rue 11 N°377
Hay Hassani - Casablanca

شارع أفغانستان، درب الوداد زنة 377، الطابق الأول الحي الحسني (وراء مدرسة الأخطل) الدار البيضاء المغربية.

05 40 04 07 51 / 05 22 93 45 44 Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél: 05 22 93 45 44 / 05 40 04 07 51

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

SAFLU

Vale mba
250

Propionate de Filtocasoné / Salmeterol

LOT: GB00764
PER: 04/2023
PPV: 185 DH 00

A photograph of a blue box for Aeromax nasal spray. The box features the brand name 'Aeromax' in large white letters at the top, followed by 'nasal spray' and 'Budésonide'. Below this, there's a stylized graphic of a nose with a heart inside it. At the bottom, there's a white rectangular area containing the text 'LOT:036R004A', 'PER:03/2023', and 'PPV:190,00 dh'.

LOT 210581
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

Solupred® 20mg

Solupred® 20mg



PPV (DH) :

Drill
Toux sèche
ADULTES
sans sucre