

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 071799

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003215 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 139690  
 Nom & Prénom : KACHAL IJTOU  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse :  
 Tél. : 0665275306 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 23 NOV 2022  
 Nom et prénom du malade : KACHAL IJTOU Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète - Hypertension - Dyslipémie - Hyperurémie  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 05 DEC 2022  
 R 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
23/11/2022	CS		390	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/11/2022

1698.40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

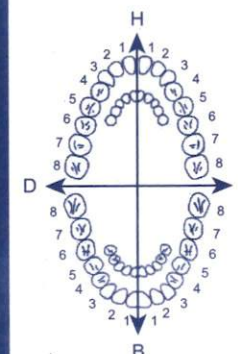
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 G

35533411 11433553

B

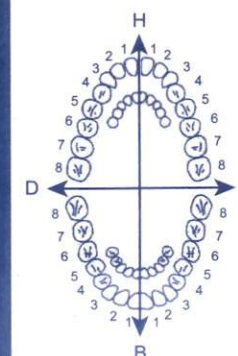
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

الدكتور میگو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

## اختصاصی فی

أمراض الغدد، مرض السكر

## السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

REF ID: A61113076

Société Francophone du Diabète


Association Européenne pour l'Etude du Diabète

Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le 23 NOV 2022

19030 <sup>ca</sup> KACHAL IJTON

## Traitement Pour 3 Mois

2. Extrait de la  240 h

160.073

# AVACOR

12v An

137.203

Vestanel 35

43.20 x 3

Zyloic 300

~~2200x3~~

Costa Rica

35.7002

Devesh

52.80

Let  $\alpha \in \mathbb{R}$

39, شارع رجال المسكين - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 05 22 31 16 30- هاتف و فاكس: 05 22 31 06 74

39, Bd Rahal El Meskini - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74

e-mail: [famillemikou@gmail.com](mailto:famillemikou@gmail.com)

16.98.40



P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



Mixtard® 30  
100U/ml  
Suspension injectable  
Flacon de 10ml  
PPV : 190 DH 30



LOT : 22E007  
PER : 03 2024

LOT : 21E013  
PER : 05 2023

LOT : 21E007  
PER : 12 2022

1-1610-72-230-8

137,20

137,20

160,00

160,00

LOT : 201676

UT AV : 11/2023

PPV : 99,00DH

:N LOT

LOT : 211384

EXP : 09/2024

PPV : 99,00 DH

:N LOT

LOT : 211384

EXP : 09/2024

PPV : 99,00 DH

:N LOT

160,00

137,20

43,20

43,20

43,20

LOT 211146

EXP 04/2024

PPV 30.00DH

LOT 211148

EXP 04/2024

PPV 52.80DH