

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-685190

153799

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

05488

Société :

Royal Air Maroc

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

BEN BOUHIA Mohamed

Date de naissance :

30/05/1966

Adresse :

Tél. : 06 61 61 88 88

Total des frais engagés : 2850,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



M.B

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE ACH-CHAF Bouchra TAOUFIQ Ach-chaf N°DM2 daouia Casablanca 21 64 09</i>	<i>18/3/23</i>	<i>2850.00</i>

ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

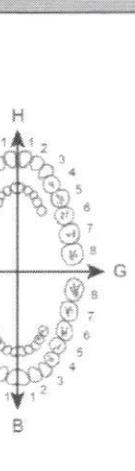
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit être en mesure 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  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharma ACHCHARAF - Casablanca

ACH-CHARAF

0522216409

COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca



## Facture N° 20230318-626

Date de vente : 18/03/2023  
Médecin traitant :

BENBOUHIA MOHAMED

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FORXIGA CO 10MG B28 COMP PELL	1	419,00	Exonéré (0.00%)	419,00
GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP	2	28,00	Exonéré (0.00%)	56,00
RYZODEG FLEXTOUCH IN 100UI/3ML B5 INJECTABLES	1	1 182,00	Exonéré (0.00%)	1 182,00
VICTOZA IN 6MG/ML STYLO PRÉ-REMPLI INJECTABLE	1	1 193,00	Exonéré (0.00%)	1 193,00

Victoza®  
6 mg/ml  
Solutio injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
P.P.V : 1193,00 DHS



5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solutio injectable en stylo prérempli  
Insuline dégluquée/Insuline Asparte  
P.P.V:1182,00 MAD



8-06697-73-280-3

8-05664-73-250-2

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Cooperative Ach-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09

Total HT	2 850,00 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>2 850,00 DHS</b>

nte facture à la somme de : deux mille huit cent cinquante  
DHS

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg sp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



LOT 221669  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221669  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

IF : 34026384 RC : 337524 ICE : 001079460000073

Tel : 0522216409

Adresse : COOPERATIVE ACH-CHARAF N° DM2 Hay Inara Haddaouia , Casablanca