

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0015640

C

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1213727

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARIRI SAADIA

Date de naissance : 24/10/31/1953

Adresse : 285 LAMAADIAT TAFRAOUT

Tél. : 06.66.49326

Total des frais engagés : f. 606,20 # Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0015640

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

## 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
17/04/24	CS		200DH	Dr. Jamar 2024 Spécialiste en Maxillo-faciale Chirurgie maxillaire et orthognathique Bouakais 87 Bab Al-Azizah - Troudoun Tunis - 1000 - 2385250000 0/12/2024

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie al Badji Fakir al Badji N 2 Taroudant	17/14/24	131,00
PHARMACIE ELMAADRAA Faudzefel 10/14/24		275,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
	00000000
	35533411
	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; the second row has 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; the third row has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; and so on, alternating between increasing and decreasing sequences. Arrows labeled D and G point to specific circles: arrow D points to the circle with value 8 in the fourth row, and arrow G points to the circle with value 7 in the fifth row.

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		L'EXECUTION

**Dr. JAMAL LOTF**

Spécialiste en oto-rhino-laryngologie  
et chirurgie cervico faciale

**د. جمال لطف**

طبيب اختصاصي بأمراض الأذن والأذن  
والحنجرة وجراحة الوجه، العنق والفك

**CABINET Dr. J. LOTF**

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

taroudant في : 17-04-2024

**Ordonnance****FARIRI SAADIA****Doligripppe 500/200**

- 1 sachet x 3/j pdt 05j

**Curaler sirop**

- 1 c à s x 2/j pdt 06j

**Apimax spray buccal**

- 1 app X 3 / j pdt 06 jours

PHARMACIE ELMAADYATE  
Dr. FAOUZI EL Mustapha  
N°5 hors bab Zorgane Av Hassan II  
Taroudante Tel : 05.28.55.18.70

Le 19/04/2024  
+210 7# 2 Taroudant  
05.28.55.05.84

Dr. JAMAL LOTF  
Spécialiste en O.R.L.  
Chirurgie maxillo-faciale  
Bureau n° 87 : Bab Zorgane Taroudant

PHARMACIE ELMAADYATE  
Dr. FAOUZI EL Mustapha  
N°5 hors bab Zorgane Av Hassan II  
Taroudante Tel : 05.28.55.18.70





**Dr. JAMAL LOTF**

Spécialiste en oto-rhino-laryngologie  
et chirurgie cervico faciale



**د. جمال لطف**

طبيب اختصاصي بأمراض الأذن والأذن  
والحنجرة وجراحة الوجه، العنق، والفك

**CABINET Dr. J. LOTF**

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

تارودانت في : 2024-04-17

## Note d'honoration

**FARIRI SAADIA**

N°	Désignation	Montant
1	Consultation simple	200 DH
	Total	200 DH

Arrêter la Présente Note à la Somme de deux cent Dirhams (200 DH )



Complexe Commercial Al badiaa 1<sup>er</sup> étage N°87  
Bab zourgane - Taroudant



المركب التجاري البديع الطابق الأول رقم 87  
باب الزركان - تارودانت

cabinet.jamal.lotf@gmail.com

05 28 85 25 92