

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-477701

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1042

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AIT MERIM Brahim

Date de naissance :

01/01/49

Adresse :

Habituelle

Tél. :

06 896 29854

Total des frais engagés :

184,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHOUZ  
Médecine Générale  
Av. Hassan II, Anoulouz - Taroudant  
Gsm : 06 76 76 10 28

Date de consultation :

03 MAR 2020

Nom et prénom du malade :

AIT MERIM Brahim

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le 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 :

Taroudant

Le :

03 MAR 2020

de l'adhérent(e) :


### 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.

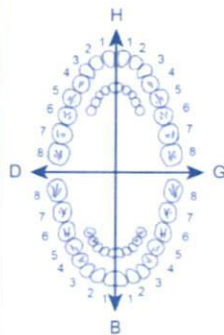
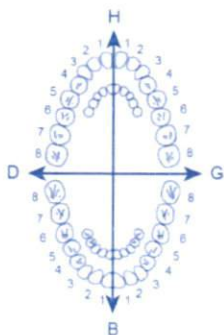
**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03 MAR. 2020	G		10000	INP : 041091018

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/20	184.60

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
		AM	PC	IM	IV	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. LAKHNATI Abdelfattah  
Médecine Générale  
DU d'échographie générale  
DU de diabetologie

الدكتور لخناتي عبد الفتاح  
الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
دبلوم داء السكري

Aoulouz, le 03 MAR 2020 في أولوز،

AIT MERIM BRAHIM

- 3390 ① Intégrin  
1g - 2x  
3080 ② Aspirin 1g  
1g - 2x  
5280 ③ Négofin 1g  
1g - 2x  
3160 ④ LEVACETAMOL 1g  
1g - 2x  
1400 ⑤ Aspirin 1g  
1g - 2x  
1600 ⑥ Tirofiban 1g  
1g - 2x  
18460 ⑦ Tirofiban 1g  
1g - 2x



Dr. LAKHNATI Abdelfattah  
Médecine Générale  
Av. Hassan II, Aoulouz, Taroudant  
Gsm : 06 76 76 10 28

\*\*\*\*\*  
06 76 76 10 28 - 05 28 53 94 25 : الهاتف - تارودانت - أولوز - شارع الحسن الثاني  
\*\*\*\*\*

LOT : 8MA079  
PER: 06/2021  
INTETRIX GELULE NF  
B20  
P.P.V : 30DH90  
6 118000 010852

anoréine à la  
lidocaïne 2%  
Crème  
6 118000 080503

LOT : 9MA139  
PER: 06/2021  
ASPEGIC 1G  
SACHETS B10  
P.P.V : 30DH80  
6 118000 061083

LOT: 190015 PER: 01-2  
PPV: 16, 00DH

LOT : 9102  
UT. AV : 01-21  
P.P.V : 58 DH 30  
Megasfon 160 mg  
Boîte de 20 comprimés  
6 118000 094937

PPV: 14DH00  
PER: 05/22  
LOT: 111146  
Doliprane 1000 mg  
PARACETAMOL  
10 Comprimés  
6 118000 040972

14,00

Pevagine 1% Crème  
Tube de 30g  
6 118000 09057

31,60