

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 canaux, 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 canaux.

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

Declaration de Maladie

N° W21-808015

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société : 189363

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOULE REDA

Date de naissance : 01/12/76

Adresse : 04 Rue Ibnou Ktaibz Des RANIZ Apt N°15

Tél : 0661 132653 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : TOULE Dina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

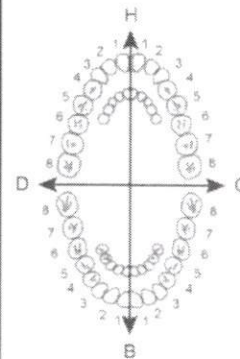
[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
الكليات PHARMACIE DES FACULTES Ghizlene Lahbabi Docteur en Pharmacie 4, Boulevard 14ly Driss - Casablanca 05 22 86 23 00 - Fax : 05 22 86 23 01			

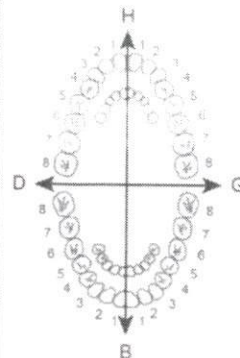
[illegible]

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
B												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Souad BENABDALLAH ép. LAZRAK

(Foi) de **OSMOSINE**®
Hydroxyde de Magnésium
Flacon de 250 ml
Digestif
Mac. Intestins.
digestive
abdominale

Ex. Gastro Entérologue au CHU Avicenne Rabat
et à l'Hopital Ben Msik Sidi Othmane - Casa

Megasfon 160 mg
Boîte de 20 comprimés
6 118000 0949



667*00 025255 3
V008-10/21-ETCAL1449

CARBOLINE CP 30
PPC : 79.00 DH
Ut Av :
02-2026
Lot :
D102R
IPHADERM

طبيبة سابقا بقسم امراض الجهاز الهضمي
مستشفى بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء
ومستشفى السويسي بالرباط

17/01/23

PHARMACIE DES FACULTES
Chérène LAHBABI
Docteur en Pharmacie
94, Boulevard My Drrs - Casa blanche
Tél: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 12

58,30

Touile Souia

- 1) Megasfon 160mg ow-drip
79,00 1 cp x 3 j sous la langue x 3 j
- 2) Carboline cp
34,00 2 cp x 2 j après la rep x 3 j
- 3) Osmosine cp
2 c à c 1 j la nuit x 3 j

171,30

Dr BENABDALLAH Souad
gastro - enterologue
30, Rue de Marché, Maarif
Casablanca
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maarif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)
إقامة بين سعيد, 30 زنقة المارشي - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (أمام مركز بن عمر)
Tel : 05 22 25 88 62 / 05 22 98 90 12 - Fax : 05 22 28 90 12