

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 la confidentialité des données relatives à la prise en charge des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-483854

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELSARI Touna

Date de naissance : 10-12-55

Adresse : IDE 7

Tél. : 066132737

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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 confidentiels 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) :



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Laboratoire

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAHSASSI FARAA LAÏLA
213, Bd. Moulay El Mansour Casablanca
Tél: 0522 36 75 91

4270

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

AM

PC

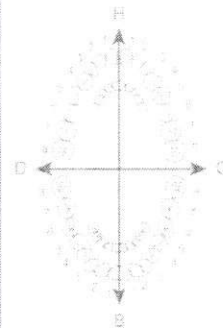
IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

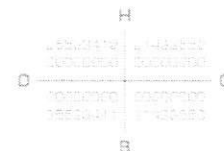
VOLET ADHERENT

* 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



[Création, remont, adjonction]

Sélectionner l'option qui correspond à la situation

MONTANTS
DE SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

PHARMACIE DE L'ORIENT

PHARMACIENNE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE



213, Bd YACOUB EL MANSOUR

TÉL. : 36.75.51

R. C. N° 137.142 CASABLANCA

CASABLANCA LE

M



E. L. SAKI' Toronto

DOIT

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Algaentil 200g p	S.V	19,70
1	Spasfon - lyse p	S.V	23,00
			42,70

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

Voie orale
عن طريق الفم

10 LYOPHILIS

20 قرص

إيبوبروفين

Spasfon-Lyoc

phloroglucinol

سباسفون - ليوك 80 ملغ

Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.
الآلام التشنجية في المعى، المسالك الصفراوية، المثانة و الرحم.

acino
Switzerland

lire attentivement la notice.

composition : phloroglucinol hydraté 80,00 mg,

quantité correspondant en phloroglucinol
hydrate 62,25 mg pour un lyophilisat oral.

excipients ...qsp 1 lyophilisat oral

ينبغي قراءة النشرة بانتباه.
التركيب: فلوروغلويسينول مميّه 80.00 ملغ،
كمية تعادل من فلوروغلويسينول عديم الماء
62.25 ملغ لحقّف قموي واحد.
الأسوة....ك ك لحقّف قموي واحد

Médicament autorisé n°
رقم رخصة الدواء



* 3 1 8 6

يحتفظ بعيداً عن متناول أيدي الأطفال و عن نظرتهم



Tenir à l'abri
de l'humidité

يحتفظ بعيداً عن الرطوبة



Tenir à l'abri
de la chaleur

يحتفظ بعيداً عن الحرارة

LOT: H0272
MF6: 11/2015

EXP: 11/2018

SPASFON-LYOC
LYOPH. ORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V. : 23,00 DHS



ALGANTIL® 200 20 dragées

PPV 19DH70

EXP 10/2020
LOT 76005 1