

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-441299

nb = 3000 Dhs

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8192

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EDDEKILAKA

ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 304,30 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 :

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 : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-441299

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

Matricule : 8192

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 304,30

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered according to the FDI system. The teeth are arranged in four quadrants:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1 through 4.
- Upper Right Quadrant:** Teeth 1 through 4.
- Lower Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Lower Right Quadrant:** Teeth 1 through 8.

The diagram also shows the dental arches (maxilla and mandible) and the dental arches (maxilla and mandible).

[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

Rabat, le

22. 06. 2013

159,90

Eddel Kaki

Racifel 20 - T

100,40 Galop 100 + dev
El Bresim 100 + dev

22,20 Co-dolip 100,40

LAT 10 13
PER 09 / 20
PPV 100DH 40

PPV 22DH 20
FER 03/22
LAT J 735



Tél. : 05 37 66 11 82 / 05 37

Fax : 05 37 76 12 13

Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368

E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web : www.lacapitalemaroc.com


PHARMACIE AL WOUROUD
 Secteur 3, N°3482
 AL Wifaq - Témara

28,80

28,80

103000
10

102 39
Vifacel 100
100 + dev

102 20 C



Raciper®
Esomeprazole magnésum

28 Comprimés gastro-résistants
Voie orale

راسبير
إزومبرازول المغنزيوم

RACIPER® 20 mg

28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



61118001300723

20 mg

20 ملغم

28 قرصا مقاوما
لحماوية المعدة
عن طريق الفم

Médicament Autorisé N°: 394/15DMP/21/NTT

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Village Ganguwala, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Sirmour - 173 025, Himachal Pradesh, Inde

Importé par :

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070, Casablanca

PPV: 152DH90

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)

111
112
113
114
115
116
117
118
119
120