

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Declaration de Maladie

N° W19-505509

mm 31350

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

05 6144 30 00 Total des frais engagés : 1112,60 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

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
18/12/19	ts f interai at p1		5002	INP : [] [] [] [] Abdellaziz CHAHINE Pharmacien titulaire de la pharmacie Centrale N°1 - Casablanca 22 62 45 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KINDI Dr. Taoufik BARAZZOUK 48, Rue 1, Lot Hajdja Les Crêtes, Ain Chock - Casablanca Tél. 05 22 30 72 57	18/ 12/ 2019	816,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

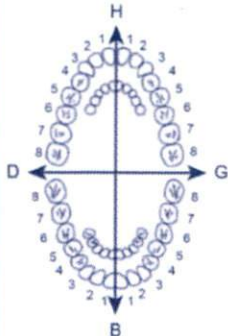
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Spécialiste
en Pneumophysiologie

الدكتور عبد العزيز الشادلي
DR. ABDELAZIZ CHADLI

18/12/2019



خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا
أمراض الرئة، الحساسية، الضيق (الربو) والسل
فحص الوضعية التنفسية- تحليل الحساسية
الفحص بالأشعة التنظير القصبي.

ABOUCHANE SABRINE

Diplômé de la Faculté de Médecine
d'Amiens FRANCE - Ancien Interne
des Hôpitaux de France
Maladies Respiratoires, Tuberculose
Asthme, Allergie Respiratoire
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Test cutané Allergique
Radiographie Pulmonaire - Bronchoscopie

78.20 x 3 = 234.60

Loreus

1 comprimé par jour, pendant 3 Mois

Romilast 4

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir, pendant 1 Mois

aeromax

Chaque Jour(s), 2 Gouttess, 2 fois par jour, pendant 1 Mois

Saflu : Susp. p.inhalation 250 (120 doses)

2 le matin et le soir

PHARMACIE AL KINDI
Dr. Taoufik BARAZZOUK
48, Rue 1, Lot Hafidia
Les Crêtes, Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 62 45 45

ORDONNANCE

16 شارع الحزام الكبير، تجزئة نادية، الطابق 2 المحي المحمدي الهاتف 0522 62 45 45 المتنقل : 0661 41 88 03

16, Bd. Grande Ceinture, Résidence Nadia, 2ème Etage - H. Mohammadi - Tél: 0522 62 45 45 - GSM: 0661 41 88 03

Aeromax 100µg/dose
Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



6 118001 101290

ROMILAST 5 mg
Boîte de 30 comprimés à croquer



5184503
6 118001 300334
05-2018-A

LOREUS 5 mg
Desloratadine
30 Comprimés
Pelliculés



6 118000 041726

LOREUS 5 mg
Desloratadine
30 Comprimés
Pelliculés



6 118000 041726

LOREUS 5 mg
Desloratadine
30 Comprimés
Pelliculés



6 118000 041726