

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog 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

Declaracion de Maladie

~~BAITOU~~
~~3639~~

Nº W19-540079

105639

C
P

NPD:
36041

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3639

Société :

MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAITOU Abdellejelil

Date de naissance :

08/03/1958

Adresse :

IGHLI 7 N° 189 MHAMID Yassine
baïtouabdellejelil7@gmail.com

Télé. :

0661258374 Total des frais engagés : 286,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHAFIK CHAHID - Professeur

Traumato - Orthopédie

Chu Mohamed 6 - Marrakech

TINPE: 071243323

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/06/2020

Nom et prénom du malade :

BAITOU Abdellejelil 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 mon 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº W19-540079

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3639

Nom de l'adhérent(e) : BAITOU

286,20

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/16/2020	<p>د. شافعى رشيد - MATIK RACHID - Professeur Traumatologie et orthopédie Chu Mohamed 6 - Marrakech INPE. 071243323</p> <p>286.00</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



مصحة المطار

CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الم Relief • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقويم الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

17/06/2025

Baitoum Abdellah

31 Voltaren 75 mg SR

amp x 2 () poft 5 j

poft amp 1 j poft 10 j

2900

21 Cetadol

amp

poft 70 j

188 or

37 Liascledine S

amp 1

poft 3 nis

286 w

Dr CHAFIK RACHID - شافيك رشيد - Professeur

Traumato.- Orthopédie

Chu Mohamed VI Marrakech

INPE 01243222

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT) MARRAKECH MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

NOVARTIS

Voltarène® SR

75mg

Diclofenac de sodium



فولتارين® SR

75 ملخ

ديكلوفناك الصوديوم

Antirhumatismal, antiinflammatoire,
analgesique

20 comprimés enrobés
à 75 mg



فرصا مغنا



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

280,00

1200
le 02/07/22
SR