

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 AID et AIC :

- 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.



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-587705

N.W19-387705
NDS1838

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13 255	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATTRIOU (H) Soukaina			
Date de naissance : 02/08/1994			
Adresse : Place Charles Nicolle, Immeuble 6 DEC 20 Pasteur Building, Etage 6, N° 3 Casablanca			
Tél. : 06 58 37 92 09	Total des frais engagés : 328110 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	 Dr. L. A. M. Abdellah Boucif Médecin en Anesthésie et Réanimation et en Anesthésiologie Pédiatrique Tel: 0524 81 1435 Email: l_khelifi@hotmail.com		
Cachet du médecin :	 ACCUEIL		
Date de consultation :	16/11/2020		
Nom et prénom du malade :	ATT BOUCIF	Age:	26
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	furoncle		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/2020

e) : 

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
16/11/2022	ca		109 HT	INPE : 091191981 Signature KAB Angélique Boudreau 19/11/2022 22261993 INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
La Pharmacie AL DIBA El Houssine BEIRUT Tunisie Tunisie - Fax : 02-38-97-58-61-52	16/11/20	12212

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 26533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin urgentiste Polyclinique CNSS Derb Ghallef, Casablanca
 - Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
 - Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
 - Echographie générale
 - Electrocardiogramme

الدار البيضاء في : 16/11/2020 Casablanca, le :

زنگنه، زنجنه

الطب العام

• طيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المعا
التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا

-دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونتيلوي

كلية الطب بيتراسبورغ - دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم

الفحص بالصدى

الخطيط الكهر

الخطيط الكهربائي للقلب

MLLE ATTROUCH SOUKAINA

100^o

- **Evox 500 mg - comprimé**
1 Comprimé, midi, pendant 7 jours

220^o

- **Cedol - comprimé**
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 7 jours

Pharmacie ABD MOIMEN
El Houssine BLIDA
116, 84 32 33 97 - fax: 0722 51 61 57
E-mail: abdmoimen@alibabatech.com

Dr. M. K. Abdellatif
Metabolism Research Department
et Bd. Anciens, Génératice
Tel.: 0522851493
E-mail: m_kabdi@hotmai.fr

0522861493

l.kabbaj@hotmail.fr

**Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1^{er} étage, bureau 109 - Casablanca**

Teléfonos: 0052-109 - Casablanca

0522861493

Lkgbbqj@hotmail.fr

i.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المؤمن . راويه س

LOT: 073819 PER: 09/2022
PPV: 100,10 DH

جـ 20



النحو
عن طرق

سنتھدیک

6118000180913

۲۷۰

پنج 500

لیفوفلوکسیساپین

一
四
三
二
一

٧



EVOX® 500 mg

DCI : Levofloxacin
7 Comprimés p...ulés sécables



6 || 118000 || 340485 ||