

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.



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

Déclaration de Maladie

Nº P19- 066661

168695

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : Société : <i>Retraite (non)</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>KHAOUDI Bouchaib</i>			
Date de naissance :	<i>12-05-1960</i>		
Adresse : <i>240 Bd Al Toulane Sétifia 1600</i>			
Tél.	<i>0674370077</i>	Total des frais engagés :	<i>150000 DA</i>

Cadre réservé au Médecin	TÉL. 091143115
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	14/10/2002
Nom et prénom du malade :	Khalil Benkhalil
Age :	30
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dépression + Bronchite
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Dépression
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 :....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/02/2023	Consultation	10	15000	Dr. Abdellah Sennaji CASA 10-02-2023 - 1er étage INPE:002

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FADILA CASABLANCA Mme FILALI GUENOUN Ibtissam 226, Boulevard Al Joutbi Salmia 2 - Casablanca Tél : 05 22 38 01 47	14/07/23	1190,50

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZOURGANNE Fatima

MÉDECINE GÉNÉRALE

Certificat de Planification Familiale
(DIU)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca

Casablanca, le

الدكتور زرگان فاطمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة
(تركيب اللولب)

الطبية الرئيسية سابقًا للمركز
الصحي ابن طفيل

طبية معتمدة لتسليم رخصة السيارة

345، شارع عبد الله الصنهاجي
حي الفرج - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء



Kitt Aouia Dr. Zourganne

571109 19 Neue Rumpf

S.A.

20 V lumen

S.A.

21 Tütscher

243100

74180
x2
14960

31

spezial für 102

S.A.

ACP CME set

Trill

45,30
× 3
135,90

30,50
× 2
61,00

30,00

1190,50

44 New Holland N°3
au cours de la CUP

5) I m o s h e M
Tchile week
apply

6) o f g 2 eme

Tchile en Je

~~Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah SEDRAI CASA
Hay El Farah
Tél. : 0522.81.16.02
Fax : 0522.81.16.02
e-mail : zourganne@casamail.com~~

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-2

6 118001 121304

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

E :
FB2S
09 2024
45,30 DH

FB2S
09 2024
45,30 DH

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

FB2S
09 2024
45,30 DH

118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50

118000 010845

LOT 211489
EXP 03/2024
PPV 30.00DH