

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0044141

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000619 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : RAFI MINA
Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Résidence YALMOULKI villa n° 39
Tél : 0661 26 89 44 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 / 08 / 2023
Nom et prénom du malade : M^{me} RAFI MINA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asthme
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : MUKH ALCAOUER Le : 28 / 08 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : Rafi

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

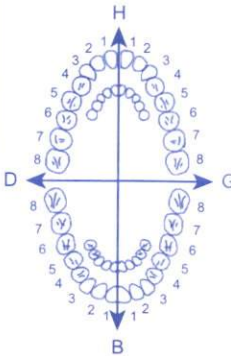
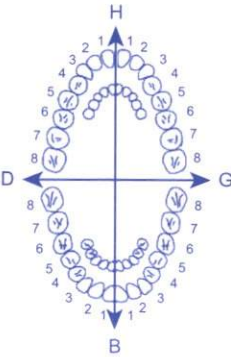
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> <div style="width: 45%;"> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	[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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		Coefficient des Travaux	
		Montants des Soins	
		Date du devis	
		Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL FANE Lamiaâ

Spécialiste en Hépto-Gastro Entérologie & Proctologie

- Maladies du tube digestif, du foie et des voies biliaires
- Proctologie médicale et chirurgicale (Hémorroides, fissures, fistules anales...)
- Endoscopie digestive (Fibroscopie-Coloscopie)
- Echographie Abdominale

- DU en cancérologie digestive

- Certificat de nutrition



الدكتورة الفن لمياء

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الشرج

- أمراض المعدة والكولون "المصران"
- أمراض الكبد والصفراء "يوسفير المرأة"
- أمراض الشرج "البواسير"
- الفحص بالمنظار الداخلي
- الفحص بالمصدى الصوتي "التلفاز"

- شهادة جامعية في أمراض سرطان الجهاز الهضمي

- شهادة في التغذية

1^{me} RASTI min épouse EL FANE.

Le 28/08/2023

3 x 210,00

1^o ROMILAST 10 mg

0-0-1 fdt 3 mois
123,60

2^e FLUXO NASE nasale 50 µg

0-0-1 fdt 3 mois
1 x 15,30
3^e VENTOLINE spray

2-0-2 fdt 3 mois
69,00
4^e DO CIVOX 4 à sucer ou à croquer

1 q au besoin

Pharmacie Mariane
Ordonnance délivrée par
Centre Commercial
Marrakech
Tél : 05 24 31 27 23

Dr. EL FANE Lamiaâ
Médecin Gastro-Entérologue
Spécialiste
06 61 24 68 99

9 شقة رقم 6 الطابق الثاني إقامة نورا، 24 شارع مولاي علي، جليلز 40000 - مراكش

Appt 6 Etage 2 résidence Nour 1, 24 rue Moulay Ali, Guéliz 40000 - Marrakech

☎ : 06 61 24 68 99 - Tél : 05 24 43 64 63

✉ E-mail : contact@el-fane-lamiaa-hepato-gastro.com / www.el-fane-lamiaa-hepato-gastro.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 123,60 DH
ID: 651085
118001140299

RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

FLIXONASE 50 microgrammes

IX
Enrouements passag

20

anthe - miel - citron
age les voies respiratoires
ge irritée en cas de toux
enses naturelles

LOT: 230406
DLUO: 05/2026
69,00 DH

ROMILAST® 10mg
30 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118001 300372

PPV: 210DH00

Mor...
Equivan...
Excipients...
Excipient à...
Indications, Co...
& Précautions d'...
Tenir hors de la p...
A conserver dan...
à l'abri de la lumi...

X3 Ged

X4 Ged

Lot MJ3V
EXP 12 2024
PPV 45,30 DH

10 ملغ
رومिलाست
موثوقا ست