

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Déclaration de Maladie

N° W19-486237

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6844 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHERDAN MOULOUB

Date de naissance : 29/06/1966

Adresse : 53, BO OMAN ABANICHA YOUSF 2 BERNICHA

Tél. : 0661144593 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/23

Nom et prénom du malade : AHERDAN MOULOUB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Age: 57

Nature de la maladie : H7A

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) :

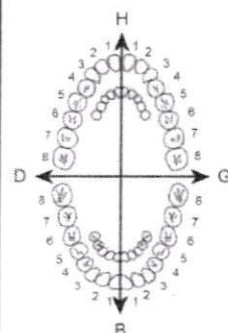
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
	20.9.08	C	1200	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INF : 106 Bd Haussmann Expert près Medecin Dr J. J. </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Montant de la facture
	30/09/2012 34,30

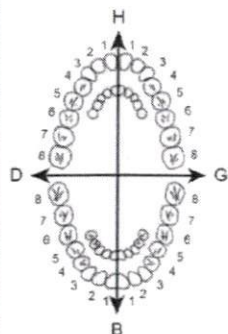
[illegible]

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

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <hr/> <p>D G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des Travaux</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
25533412	21433552								
00000000	00000000								
00000000	00000000								
35533411	11433553								
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
	<p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AUGMENTIN 1g / 125 mg sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم بتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LOT: M0184
EXP: FEV 2022
PPV: 66,80 DH



Di-INDO 50 mg 15 comprimés dispersibles
PPV 53DH00
EXP 11/2024
LOT 28009 2

PPV: 126,30 DH
LOT: 650904
PER: 11/24



06

جي التسير شارع الحسن الثاني الرقم 106

برشيد

المحمول : 0664097159

برشيد في : 30.9.23

Mouloud Aherdau

EZZAHRA TOP SANTE

Pharmacie

62, Bd Hassan Ibnou Tadj Hay Ezzahra
Berrachid - Tél: 0522 32 80 39

126,30

~~Augmentin~~

66,80

~~Voltaire~~

53,00

~~Asclot~~

4x48,30

~~Ventoline~~

3x269,50

~~Cotizalm~~

1234,30

Dr. JAHID-SALAH
Expert près les Tribunaux
106, Bd Hassan II Berrachid
Tél: 0522 32 80 39

x 3 ←
Ged



x 4 ←
Ged

