

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 canaux, 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 canaux.

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'Hayat
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° W21-829777

203485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5922

Société :

R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ITALIOVA MOHAMEN

Date de naissance :

23.10.1954

Adresse :

M. Bahine @ Botmail. Com

Tél. :

06 10 33 34

Total des frais engagés :

300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Azzedine CHEIKH LAHLOU
جراحة العظام والمفاصل
Traumatologie - Orthopédie
34, Rue du Yemen - Casablanca
Tél: 05 22 37 54 60 / 44 22 69

Date de consultation :

29/10/2014

Nom et prénom du malade :

ITALIOVA MOHAMEN

Age : 1954

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose de la hanche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

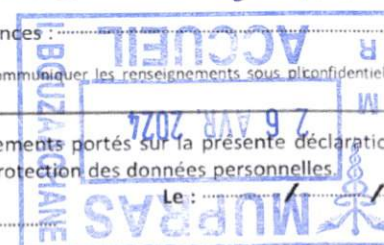
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| Pharmacie El Souk Station Nationale Suz | | |
| K - Station Nationale Suz | | |
| P - Pharmacie El Souk Station Nationale Suz | | |
| Tel : 07 69 89 89 | | |

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Azzedine Cheikh Lahlou
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

Ancien attaché résident du CHU
BICHAT - PARIS

Ancien Chef du Service
des Urgences Polyclinique CNSS
Expert assermenté près les tribunaux

الدكتور عز الدين الشيخ لعلو
جراحة العظام والمفاصل

مقيم سابقا بالمركز الطبي الجامعي
ببشباريس
رئيس سابقا لقسم المستعجلات بمصحة
الضمان الإجتماعي
خبير محلف لدى المحاكم

C. 0522.31.54.60 / 0522.44.27.69

Casablanca, le 20/4/2024. الدار البيضاء.

un autre médecin
m'a conseillé
de pas prendre
de médicaments

Attendant. Rostak
CPR
① ~~TRAMADOL~~

② ~~CIDOXINE~~

③ ~~Geatadine 1600 N° 2~~

54, Rue du Yémen (Ex Soldat Jouvencel) - شارع 11 يناير - البيضاء.

54, Rue du Yémen (Ex Soldat Jouvencel) Bd du 11 Janvier - Casa

PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafise
Tél: 05 22 25 71 40
Tél: 05 22 25 71 41