

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-520932

(33837)



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7M31

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJIDJA

AMINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

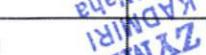
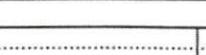
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes	INP :	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Formaticien Date : 02/09/2009 Montant de la Facture : 54,42 					
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date : 08/09/2009 Montant des Honoraires : 0,00 					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier Date des Soins : AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires : 0,00					



Pharmacie ZYMA

MOUTAA ZAKIA

Page : 1

## FACTURE

N° FACTURE : 63591

Date : 08/07/2020

Client :

MME BENJDIA AMINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
METEOSPASMYL COMPRIMES	1	40.40	40.40
RHINOFEBRAL B/20 GELULES	1	14.30	14.30

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérolé citrate 60 mg / Simecitone 300 mg  
P.P.M. 40.40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

PHARMACIE ZYMA  
27 Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tel : 022.99.43.95 - Casa

Total TTC = 54.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS 70 CTS

PPV (DH) : LOT N° : UTAV :  
LOT : 190493  
UT AV: 05/2022  
PPV : 14/30 DH

patente /34712678  
ice / 000514272000012