

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

N° W19-449812

50886

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3070</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL GHAZI El BEKKARI SAWA</u>			
Date de naissance : <u>01/03/1986</u>			
Adresse : <u>secte 13 T5 NR8 Rue BADIAWA</u>			
<u>HAY RAID Rabat</u>			
Tél. : <u>061253863</u>	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed EL HARRAK
 Médecin Assermenté
 Médecine Générale
 1, Rue El Faouze J3 comp CYM Rabat
 Tel. FAX : 05 37 29 30 64
 INPE : 101052447
 ICE 091655268000029

Date de consultation : <u>AA/AA/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SAWA El GHAZI</u>	Age :		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Gonorrhée</u>			
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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

11 DEC 2020
ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-449812

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3070
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
MM/11/2019	CC		100 m	INP : El Farouk Médecin Assermenté Généraliste Date : 17/05/2019 Signature : 05/05/2019 N° : 68000029

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة طبية
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK

Médecin Assermenté
Médecine Générale



الدكتور محمد الحراق

طبيب ملطف
الطب العام

ORDONNANCE

Nom : SAWA - Le : 11/11/2022

ش. 20 ♂ ٤٦٠٥٧٣٢١٢٥

٤٩,٤٥ ♂ ٢٧٣٢١٢٥
colic

٨٤,٤٥ ♂ ٢٧٣٢١٢٥

carbuncle

٦٨٦,-

مراقبة الفحص بعد الظهر
من 1h إلى 2h30

Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
Rue El Faouze J3 comp CYM Rabat
Tel. Fix. 05 37 29 30 64
INPE. 01052447
CE 00165526800029



PPV : 51,40 DH

Diclofénac Sodique

**20 Gélules à libération
biphasique**

Voie Orale



75mg

756.494.12.17

LOT : 181564

UT. A. : 11/2022

PPV : 84,40 DH

UT.A.V. :

LOT № :

PPV (DH) :



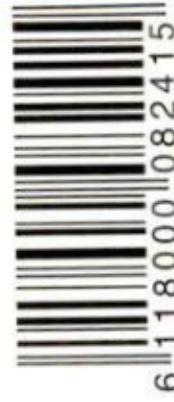
كارتексان® 400 ملغ

كبسولات كندروبيتين الصوديوم

30 x

كبسولات - عن طريق الفم

CARTEXAN® 400mg
30 Gélules



COOPER
PHARMA



BIO TERICA



Vole orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indication

انظر
البيان

voir notice

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

اطر اص
12 قرصا من 4 ملغم

二
三
四
五

Formula:

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés

POLYMÉDIC

IMPRIMEEL

LISTE I

pharmacien Responsable.

REVIEWS

حالات عدم الاستعمال
كيفية الاستعمال
مقاييس
إرشادات