

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-410556

21391

Reg 163



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 8163

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHARIT Abdelrahman

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

SG, NAY D'essacencia 12 N° C 10

Tél. : 0661936311

Total des frais engagés : 552,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HOUDA EL YATIME
Médecin
Service des Urgences
CHP Ben Bd - 16

Cachet du médecin :

12/02/2020 CHARIT Bautayne Age: 55 ans

Date de consultation :

CHARIT Bautayne

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 : 17 FEV 2020

Signature de l'adhérent(e) : Guy ACCUETE

Le : 10/02/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLA 55 JE 145 N° 103 BIS CASA A 17899 - TEL 0322371 A A 153460700003 A	12/02/2023	552,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	B	00000000		35533411		11433553
	H	25533412	G	21433552																
		00000000		00000000																
	D	00000000	B	00000000																
		35533411		11433553																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					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'EXECUTION																				

ORDONNANCE

Casa

Le: 12/02/2020

CHARIT-Batayna

(H) 30 x 2

Venkeline 5 mg
2 tablets x 4 f

136,2g - Nasonez plus nasal

960g -

PHARMACIE D'OUNIAT
DAGHIB NOUFISSA
JAMIA ST 14100 103 DIS CASA
PAT: 37417809 TEL: 03 22371441
ICE: 00153460700034

Almon -

ALEN-2

Mox -

1x tablet

- Zovirax on

140 mg

4969 - D-Cure forte

90,99

- Sterimar

PHARMACIE D'UNIA
MENEFINCO FISSA
JAMILA 533 ET 103 103 DIS
PAT-37417110 - TEL: 0522311441
ICE: 052234607000034

1 pulv n° 10



Dr. HOUDA EL YATIME

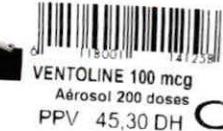
Médecin

Service des Urgences

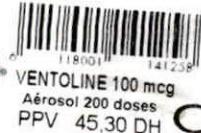
CHP Ben M'hamed

552,30

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
PPV: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

PPV: 96DH00
PER: 08/21
LOT: H2670-5

LOT : 190213
UT AV: 02/2022
PPV: 44,00 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
ID: 589947
Barcode: 6 118001 141548

PPV: 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXPI: 06/2022

ampoules buvable:

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 90,90 DH