

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.

N° W21-612828

6173

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		ROYAL AIR MAROC	
Matricule : 5675	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AZIZI FATHIA
Nom & Prénom : AZIZI FATHIA		Date de naissance : 19-01-1959	
Adresse : 62 Bd Sidi ABDERRAHMANE Apt 8 Beau Séjour - CASABLANCA		Tél. : 0661645338	
		Total des frais engagés : 50,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint



Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

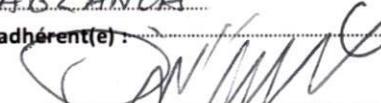
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 22/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ma LAMNIA Brigitte pharmacie de l'Aéroport d'Anfa 2 bis, Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca 29.06.26		50,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....
.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

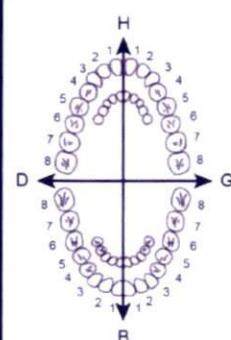
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

صيدلية مطار أنفا

Pharmacie de L'Aéroport d'Anfa

72 Bis, Bd Sidi Abderrahmane
 Beauséjour - Casablanca
 Tél. : 05 22 39 06 36
 Patente : 34809417
 I.F. : 51146575
 I.C.E. : 001668627000079

المنيعي بريجيت Lamnai Brigitte
 Diplômée de la Faculté de
 Pharmacie de Paris - Sud

Casablanca, le :

M DOIT

Quantité	Désignation	P.U.	P. Total
1	Rhinofit 4	14.30	14.30
1	etipax ORL	20.20	20.20
1	Dalprame 500mg eff	15.80	15.80
			50.30



Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinquante

dix-huit et trente centimes

LOT : 190491
UT AV : 05/2022
PPV : 14,30 DH

PPV (DH) : UT AV : LOT N° :

رينوفibrال®

كبسولة

باراسيتامول - كلوروفينامين - فيتامين سي

20 كبسولة



RHINOFEBRAL®

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chilorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى
علبة من فنتي 20 كبسولة

أوتيپاكس®

فينازون، كلوريدرات الليدوكايين

محلول
تقطير أذني

قارورة بالقطارة

OTIPAX®



Solution pour instillation auriculaire
Flacon de 16g



6 118000 370024

Lot. 3409

Per.: 01 2022

BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH