

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
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° M21- 0003272

63614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUHAPSA Med

Date de naissance :

Adresse : 3 lot 8 Figuiers A. Sbaa

Tél. : 0663581011 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 ☒ Enjoint ☐ 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 : Le : 7 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien														

VOLET ADHERENT		NOM : Mle 6794
DECLARATION N° P 14 / 0035605		
Date de Dépôt	Montant engagé	
17-3-21	316,80 MAS	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0035605

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6794	
Nom & Prénom		OUHAFSA Med	
Fonction	RETRAITE	Phones 0665903302	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		Mohamed
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 15-2-2021	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		200 m	
PHARMACIE	Date	19/2/21	
Montant de la facture	21680		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 25 دجنبر 2019

لدينا من الأدوية
التي

2970
13 Cardiospirine

100
P.S



2950
Ar. 20

100
P.S



2300
Pansoral

3120
Brenthel

100
P.S

21680
SEBRIOU KHAYATY
Docteur en pharmacie

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
ZI Zenata Ain sebaa Casablanca
PANSORAL GEL BUCCAL
T15 G
P.P.V : 23,00 DH
5 118000 012078

Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

190593
09/2022

BRONCHATHIOL®
Carbocistéine 5%

31,20
PPV 31DH20
PER 03/23
LOT J997

DIOASPIRINE

g, comprimés gastro-résistants

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

ntégralité de cette notice avant de

pourriez avoir besoin de la relire.

ions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre

personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre,
s identiques, cela pourrait lui être nocif.

es devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non
parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.

100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

nécessaires à connaître avant de prendre Cardioaspirine 100 mg ?

rine 100 mg ?

les éventuels ?

aspirine 100 mg ?