

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-523288

93528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 556 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ERROUKHA FATIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 0663 21 9617 Total des frais engagés : 1302,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ERROUKHA FATIMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhinite allergique
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant l'exécution des Actes
			200	

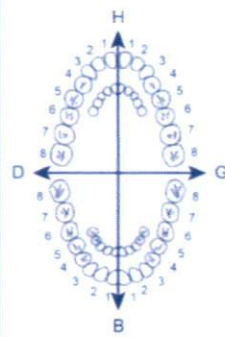
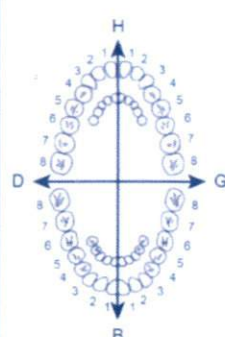
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/2011	100200

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		25533412 00000000 00000000 35533411	11433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia

PHARMACIE - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA

Tél: 0522.40.80.71

الدكتور إبراهيم الوافي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le

15 NOV. 2021

الدار البيضاء، في

ERROUKHE

Fatima

134.20 d 3

- Nootroxyl 800 **(S.V)**

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

119.10 1 cp 3 x 1 d **pd 2 mo**

- Risonel

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

2100 d pulvérisations nasales le mal

- Aurore Romibest 10mg

Lot n° :

EXP :

PPV :

81,00

2550 1 cp le soir **pd 1 mois**

- 100% gel

1 application 2x/j

1 sous les 2 oreilles **pd 7 j**

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni 1er Etage
(Face Marché aux Fleurs) - Casablanca
Tél.: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

81.00 x 3

Tanzania 50mg

1002,00



pd 3 mois

Dr. Ibrahim M. Wafi
Spécialiste en O.R.L.
Esnace Errade 57 Bd Zerkouni 1er Etage
(Face Marché à Fleurs) - Casablanca
Tél.: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

PHARMACIE DU PARADIS
BLOC L - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA
Tél: 0522.60.80.71

LOT 211297
EXP 05 2025
PPV 134.80

LOT 211297
EXP 05 2025
PPV 134.80

LOT 211297
EXP 05 2025
PPV 134.80

N° du Lot 21A. 2024
Date Per. 01 2024
P.P.V: 119,10 DH

TOPSYNE GEL
FLUCINONIDE

25,50

PPV : 210DH00

Im
Sur
16
Fa
Mé