

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-713756

Maladie



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6419 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABRAHIM AFCHA

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : LOT BADIKOU Des Chouaib n° 75

APR 13 Etg 3 - CASA

Tél. : 0521 77 52 04 Total des frais engagés : 139,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2022

Nom et prénom du malade : Abdellatif Aissaoui Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

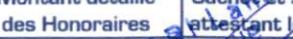
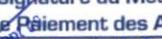
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/05/2022

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 Piélement des Actes
23.05.2022	Général			  

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMATEX LUXEMBOURG YASMINA MANDRE 24, lot. Yasmine les Crêts Solanca - Tél.: 0522-85 10 00</i>	23/12/2022	139,-

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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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.																
	Dents Traitées O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Nature des Soins DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	Coefficient INP : <input type="text"/>	Coefficient des travaux
			H	25533412	21433552											
			D	00000000	00000000											
			B	00000000	00000000											
				35533411	11433553											
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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	Coefficient des travaux MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	Coefficient des travaux
			H	25533412	21433552											
			D	00000000	00000000											
			B	00000000	00000000											
				35533411	11433553											
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Cabinet de Rhumatologie

Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vértébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



**عيادة أمراض العظام
والمفاصل والروماتيزم
د. الجوهرى لمياء**

- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى لالمفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بمصلحة أمراض العظام و المفاصل بمستشفى ابن رشد

Ordonnance

Le : 23.05.2022

Rew Aïcha Arak

49,60

1/ D-cere 100000 sp²



1 حبة كل ٢٤ ساعي
لечение ١٤ يوم

pc/t

(٥١ جم)

(٥٢ جم)

(pc/t)

89,50

2/ D-norm gttes :



5gttes / j

(٠٦ مل)

Dr JAWHARI Lamiae
Rhumatologue
Mai Fatah, Bd Omed Daoura, Appt 09
Casablanca - Maroc

رقم 8 زنقة واد نفيس الطابق الأول مجموعة أ (قرب صيدلية طامر)
الألفة الحى الحسنى - الدارالبيضاء

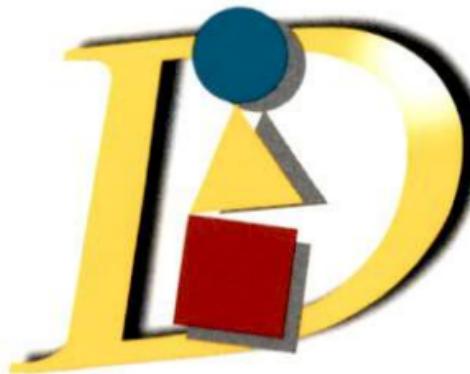
Tél. : 05 22 69 40 05 / E-mail : lamiae@jawhari@hotmail.com

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكسيفرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



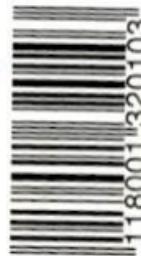
Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

SMB

Fabriqué par :

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Remboursable

PPU: 49,60 DH
LOT: N1KO3B
EXP: 11/2024

51

D3 NORM®

200 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 220125

A consommer
avant le: 02/2025

PPC : 89,50 DH