

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

Nº W21-691224

INPE: 061184479

Optique *N° 353* Autres

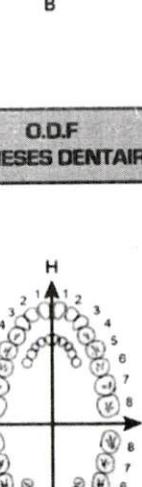
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <i>N°333</i>			
Matricule :	2016		
	Retraité		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :	OUAZZANI CHAHDI Hoc		
Date de naissance	1950		
Adresse :	2nd Magola Rue 11724 APT 63 H. Hassani		
CASA			
Tél. 0664973858	Total des frais engagés	264,60 DTT	Dhs

Cadre réservé au Médecin	 
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	OUARZANICHANDI TAHAMED
Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 pseconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
sous la clause relative à la protection des données personnelles.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN ADADINE Dr. BEN ADADINE NPE: 062111273 609, Lot. Al Nard, Bouznika Tél: 07.07.11.74.36	19/07/2022	164,60

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

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 border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td style="text-align: left;">H</td> </tr> </table>					H		G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		H
					H		G																			
					25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
					D		G																			
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B		H																								
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"/>																										
[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																										

ORDONNANCE

PHARMACIE ARRABIK SARL AU
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 0622111273
ot. Al Woroud, Bouzniqa
tél: 07 07 11 74 36

INPE: 061184479

10/07/2022

Duggari-chabli Mohammed

71,00

Maxine Soring

19,70 10g x 2 fl

Spazid

19,70 gel + 2 fl

Algantil 100

20001g x 2 fl

Bindmer

14,00 Sachet + 2 fl

Qodij. Raya 1000

20,20 10g x 2 fl

St. 5 flas

164,60 20g x 2 fl



LOT : 9542
UT.AV : 05-24
P.P.V : 71DH00

PPV: 19DH70
PER: 07/24
LOT: K1993

ALGANTIL® 200 20 dragées

PPV 19DH70 EXP 02/2024
LOT 06624

PHARMACIE ARRABIK SARL AU
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 0622111273
ot. Al Woroud, Bouzniqa
tél: 07 07 11 74 36

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2746

PHARMACIE ARRABIK
Dr. BEN ADADA ZINEB
INPE: 0622111273
ot. Al Woroud, Bouzniqa
tél: 07 07 11 74 36

Lot. 3625
Per.: 02 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH