

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

- 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 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- 0052224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 124682

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUCIA EL SAFI

Date de naissance : 10-12-55

Adresse : 235, BO BP YEM

Tél. : 0661321337 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/6/22	5200

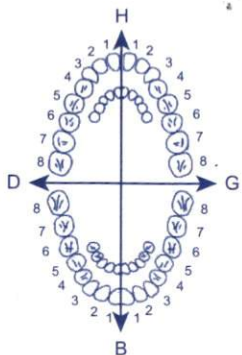
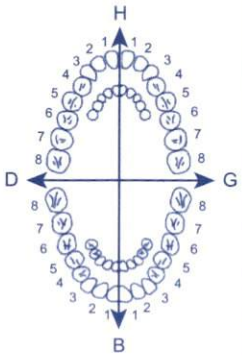
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية الشرق PHARMACIE DE L'ORIENT

Madame Lakhsassi Tabbara

PHARMACIENNE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE



213, Bd YACOUB EL MANSOUR

TÉL. : 36.75.51

R. C. N° 137.142 CASABLANCA

CASABLANCA LE

03/6/22

M^{me} ELSA T... ..

Détachable 5672

DOIT

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Doliprane 1000	14,00	14,00
1	Kutimofluide p	18,00	18,00
1	Zucran 87	20,00	20,00
			<u>52,00</u>

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHASSI TABBARA Lakha
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

41 رتبة محمد السادس 2010 التاريخ: 11/05/2010

صنعت من طرف
COOPER
PHARMA

مجله دانش ۱۵۰ شماره ۱۵۰

عن طريق الفلم
المغني الأفرات الشمتية
مساعدة على التخرج

וְרֵאָא מִדֶּרֶךְ יִשְׂרָאֵל

دینہ کی دینی بیعت کی دلدادہ قوم، مسلمانوں اور شیعوں کی

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

فَإِذَا جَاءَ فَسُكِّنْهُمْ
فَإِذَا جَاءَ فَسُكِّنْهُمْ

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

pulmofluide®
simple

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

Doliprane®
PARACÉTAMOL
1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.



PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2806



Pour adultes
Voie orale

Zucam[®]

Paracétamol + Acide ascorbique + Phéniramine + Phényléphrine Granulés

- RHUME
- ETATS GRIPPAUX
- ETATS FÉBRILES



10 sachets

Zucam[®]

Granulés

LOT N° :

UT. AV :

P.P.V. (DH) :

20100