

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 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

ACHAT DIVERS
Déclaration de Maladie

M22- 0055622

145612

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTAHER FATIMA ZAHRA.

Date de naissance : 06-01-1980

Adresse : 126 E ZOUAIR OULFA. CASA

Tél. 06 66 42 84 34 Total des frais engagés : #49,50 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAMIT MOHAMED RIAD Age: 11 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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.

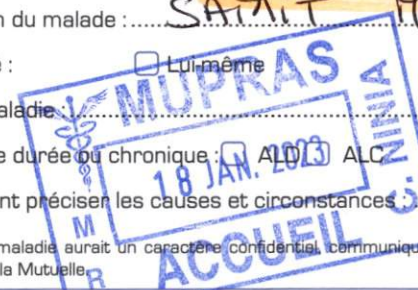
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

de l'adhérent(e) :

Le : 02 / NOV / 22


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02 NOV 22	799,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

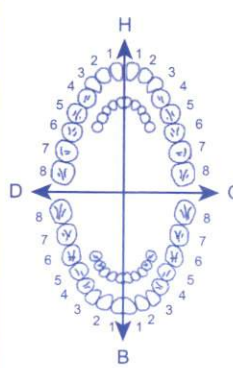
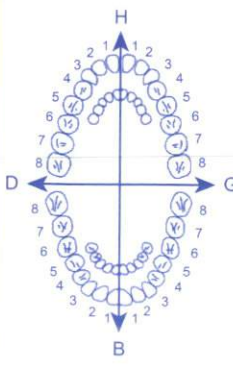
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. SANIT No RAD

**STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA**

Lotis. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64

Capblanc - Tel: 0522 83 10 28

Cap Blanc - Tel: 0522 83 10 28
SPES 92030267

Le 02/11/22

Facture^{N°} 91

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	RectoPen	79,50	79,50
<p>STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Lotis. Haj fatih Rm 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca Tél: 0522 93 10 28</p>			

حقن شرجية
مكونة من مركب سكري نباتي

رِكتُولاكْس®

للأطفال
محلول عن طريق الشرج



حقنة شرجية

6 حقن شرجية من 5 غ

DISPOSITIF MÉDICAL CE

عن طريق الشرج
لا يبلع

Thérpharm
LABORATOIRES

LOT

210331



2024/05

PPC : 79,50dh

COMPOSITION : Eau déminéralisée, miel, Altelax® (complexe polysaccharidique de guimauve et mauve), extrait hydroglycérique de citron, extrait hydroglycérique de lavande, conservateurs : sorbate de potassium et benzoate de sodium.

PROPRIETES : Rectolax® Enfants est un Dispositif Médical à base d'Altelax®, un complexe polysaccharidique de guimauve et de mauve ainsi que du miel et des extraits de plantes. Rectolax® Enfants a une triple action évacuante, apaisante et protectrice. Il contribue à ramollir les selles pour faciliter leur évacuation et active naturellement la défécation. Il procure une action apaisante contre les irritations et gênes occasionnées par la constipation tout en protégeant la muqueuse ano-rectale durant l'évacuation des selles grâce à un film muco-adhésif. **PRECAUTIONS D'UTILISATION :** Usage rectal. Ne pas avaler. Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité ou d'allergies à un ou plusieurs composants. En cas de constipation persistante il est recommandé de consulter votre médecin. Ne doit pas être utilisé en cas de douleurs abdominales aiguës ou d'origine inconnue. Le microlavement est à usage unique et ne doit donc pas être réutilisé. Tenir hors de portée des enfants. Ne pas utiliser le produit après la date d'expiration reportée sur la boîte. Conserver dans un endroit frais, sec et à l'abri de sources de chaleur.

MICROLAVEMENTS avec complexe
polysaccharidique naturel

Rectolax®

ENFANTS
Solution rectale



Flacon unidose

6 MICROLAVEMENTS de 5g

DISPOSITIF MÉDICAL CE

VOIE RECTALE
Ne pas avaler

Thérpharm
LABORATOIRES

927759 821150 8

