

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° W21-687294

149319



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6306

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZENIATI THAÏMI

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

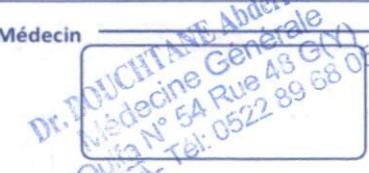
SEKILIA 1 RUE 17 MAZOULLA
H. HASSANI CORA

Tél. : 0664108433

Total des frais engagés : 9 871.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Azne

Age : 66

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 Paiement des Actes
1/1/22	c		1000	IN : 2022-01-01 DRH 33334 Dr. Gérard 54 Rue 45 Tél: 03228988

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Signature SARLAU	
<i>Pharmacie Dounia El Andalous 299 Rue 64 El wifak El Oulfa Casablanca Tél : 05 29 91 51 34</i>	<i>Dounia Erahia SARLAU Date : 20/11/14 El wifak Oulfa Casablanca 01/12/14</i>	<i>987,90</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
		35533411	11433553													
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

Dr. Abderrahim BOUCHTANE

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME
CIRCONCISION

الدكتور عبد الرحيم بوشتان



الطب العام
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
ختانة الأطفال

T H A 7 i A 2 n i ORDONNANCE

(64100 x 9) 846100

Casablanca, le 11/12/22

fer flux



15 15 3

(4730 x 3)



142.95

1m3

987.90

pharmacie Dounia Ebra s.a.r.l
299 Rue 64 El Wifak 3
Oulfa Casablanca 20151 34

Dr. BOUCHTANE Abderrahim
Médecine Générale
Oulfa N° 54 Rue 48 G(Y)
Tel: 0522896805

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

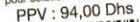


6 118001 440047

FERPLEX® FOL40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéiné succinate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

47,30

47,30

47,30