

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 *ALC* *148983* *SA WORKS*

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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8856** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MOUSTAFA LAF** *MOUSTAFA LAF*

Date de naissance : **17/06/67** *17/06/67*

Adresse : **1084 Tarr Mousa 9113 N°44** *1084 Tarr Mousa 9113 N°44*

Tél. : **062/103290** Total des frais engagés : **863450** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DOCTEUR TILANE AMINA**
Medecin Psychiatre
LOT FERDOUS GH 7 BAT 64
RDC APPT N°1 - HAY HASSANI
CASABLANCA - TEL 05 22 90 03 52

Date de consultation : **06 Fevr 2023**

Nom et prénom du malade : **RAZIA ZAHRAI** *RAZIA ZAHRAI* Age : **21**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **12 Oudelle**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **17/06/05**

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 : **05/02/23** Le : **05/02/23**

Signature de l'adhérent(e) : *ZAHRAI*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMANAT Mme ALEMIR SIDIQI SEMIR Dacelor en Ligne Medical 13, Rue Annabé Béchar Observatoire Tél. 05 22 59 99 70	02/03/98	6.13,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

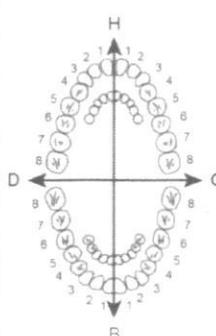
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina TILANE

ISTE
UTE

Ex. Médecin Chef de l'Unité de Psychiatrie

الدكتورة ثلان أمينة

طبية نفسانية اختصاصية

في الأمراض النفسية والعقلية

الامراض العصبية وأمراض الرأس

طيبة رئيسية سابقاً بوحدة

الحي الحسني

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70 e:

06 Fevr 2023

الدار البيضاء، في :

Mme FOULSI FATIMA - AL HAMRA
201.00 126.80 NO-DEP 50
3520X8 100 matin
2) Algérie 015 S.V.S.
11 2025 35.70
LOT 223658 1 EXPPA
11 2025 35.70
S.V.S. CYRILLIC
223658 1 11 2025 35.70
0.5 mg 8000020530

Docteur TIL
Medecin F
LOT.FERDOUN
RDC APP
CASABLANCA

٣٥٠٧٥
١١٢٠٢٥
٩٥٣٥٤٨
٦٣٣٦٣٦٣
بـ يـ بـ يـ بـ يـ
الـ بـ يـ بـ يـ بـ يـ

الهاتف : 05 22 90 03 52

35
70
25
20
11
2
1
223658

11

LOT 223658 4
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223658 1
EXP 11 2025
RRV 35.70

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

118000 020530 6

~~28 comprimés sécables~~

118000 020530

Liprav® 0,5 mg

sécab

LOT : 399
PER : SEP 2024
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

نو-ديب® 50 مع

سيرتالين

NO-DEP® 50mg

60 cps pelliculés sécables



6 118000 050995

60 قرصاً ملباً

قابل للكسر

LOT : 403

RER : SER 2024

PPV : 201 DH 00