

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

- Reclamation : 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° W19-551773

153194

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4135 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARACHADO THAMI

Date de naissance : 01.04.57

Adresse : CF RUE OVED 217 APPT 12 Bst

Tél. 066.593178

Total des frais engagés : 341,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENADADA Jalal
Pneumologie - Allergologie

Date de consultation : 02/02/2023 N° 101020576

Nom et prénom du malade : FARACHADO Thami Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal

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 : Rabat Le : 02/02/23

Signature de l'adhérent(e) : 6/7

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
06/02/23	Exo G	2	grat	INP: 1010210576

Docteur BENADIA
 Pneumologie - Allergologie
 INPE : 1010210576
 INPE : 001677924000096

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06/02/23	341,70	

PHARMACIE MODEME
 SARL D'ASSOCIÉES UNIVER
 Place Rabia Al Adouya, Rabat, Maroc
 Tél: 05 37 77 89 82 / 05 37 68 09 70
 Fax: 05 37 77 23 54
 INPE: 102043494

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

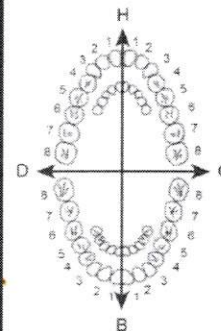
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

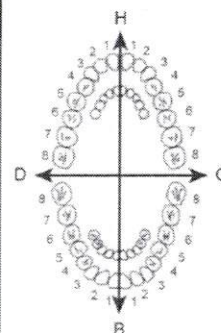
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. BENADADA Jalal
C.E.S de Pneumo-Phtisiologie
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Toulouse
Expert assermenté près
des Tribunaux

2, Rue Loukili (place Pietri)
Rabat

☎ : 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59

وصفة
ORDONNANCE

الدكتور جلال بنعدادة
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا
اختصاصي مجاز في الأمراض
الصدرية سل ربو - ضيق
وأعراض الحساسية
خبير محلف لدى المحاكم

2, زقة لوكيلي ساحة بيتري - الرباط
☎ : 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59

Rabat, le : 06/02/2023 الرباط في:

Nom et Prénom: FAREHADO Thami

LOT : 22012
FR : OCT 24
PPV : 39DH90

Examine
1 sachet x 3/;

1 boîte 39,90

CLARIL
Clarithromycine 150 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 41800 191001

Claril 100
1 cp x 2/;

1 boîte 160,00

PPV :
EXP :
Lot N° : 47,80

Dazen
1 cp x 3/;

1 boîte 47,80

Rhu'no febril
1 gelule x 3/;

1 boîte 14,30

Azix 500
1 boîte

Docteur BENADADA Jalal
Pneumologie - Allergologie
INPE : 101020576
I.C.E : 001677924000096

39,70
311,70

PPV : 79DH70
PER : 12/25
LOT : L2600

INPE : 101020576

ICE : 001677924000096