

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

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.

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° W21-794207

157/107

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10634 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAR Fatma Zahra

Date de naissance : 19/12/1974

Adresse :

Tél. : 0669 101960 Total des frais engagés : 280 + 305,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : BENHAR Fatma Zahra Age : 49 ans

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

Nature de la maladie : Pathologie digestive

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 : Casablanca Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03.04.23	Injection Nospa RM IM	01	250,00	INP : 0912 062 441 Dr. TAZI OTHMAN LAROUSSINE Ancien Médecin des Maladies de Paris Médecin Généraliste Echographie - ECG Région Méditerranée - 19.08 Tél. 05 22 23 49 11 - Cam 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALABET 131 Bd. Raymond L. 13008 Marseille Tél. 06 22 23 00 00	07/04/23	305,70

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25.04		

AUXILIAIRES MEDICAUX

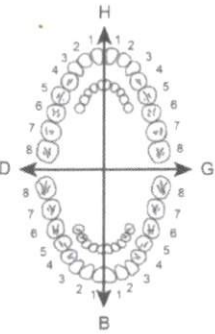
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

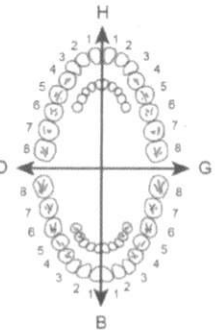
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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

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

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

Docteur Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطب العام - طب الشغل

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le 03/04/2023

في الدار البيضاء

M^{me} BENHAR Fatima TORRA

1° Neofortan 160mg cp eff

1 cp eff x 3 / j si douleurs abdominales

2° Actaleure gelules

2 gel x 2 / j avant les repas

3° Imodium 2mg gelules

2 gel x 2 / j si diarrhée

4° Smecta sachets

1 sachet x 2 à 3 / j avant les repas

5° Extravit cp à sucer

1 cp / j pendant 15 jours

Dr TAZI OTHMAN LAHOUSSE
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecine Générale - ECG - ECHOGRAPHIE
Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 (RDC) - Casablanca
Tél: 06 22 23 49 13

زنقة ابن كثير ، إقامة البيضاء - عمارة A - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء

Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 (RDC) - Casablanca

مستعجلات : 06 61 30 23 00 / Urgences : 06 22 23 49 13 / الهاتف : 06 22 23 49 13 - E-mail : drothmantazi@gmail.com

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET 830
LOT : 22E086
PER : 10/2025
P.P.V : 52DH40
118000 011460

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
LOT : 22E015
PER : 10/2027
P.P.V : 30DH50
118000 010845

COOPER PHARMA
PPC: 55,00 DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT 2N0343

ActaLevure

- Charbon végétal
- Levure Saccharomyces Boulardii
- fibres d'inuline

Lot : 220720
DLUO : 10/2025
69,00 DH

ActaLevure

Action bénéfique sur la digestion
Ballonnements
Maintien de l'équilibre de la flore intestinale
Équilibre du transit intestinal

30 gélules