

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, parodontologie 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

Déclaration de Maladie

N° W21-609866

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OBAD SABNE**

Date de naissance : **17.07.1977**

Adresse :

Tél. : **0661792929** Total des frais engagés : **2805,200** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/09/2023**

Nom et prénom du malade : **Abdellah Sultan**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Enlyse**

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 : **2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/2023		5		INF: 1433552

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/2023	8805 DH

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	

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 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 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

Dr. GANA Rachid

Neurochirurgien

Professeur à la faculté de médecine et pharmacie de Rabat

Spécialiste en :

- Chirurgie du cerveau
- Chirurgie de rachis et de la moelle épinière
- Microchirurgie
- Chirurgie endoscopique
- Chirurgie stéréotaxique

Adulte - Enfant



د. رشيد الغانة

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بالرباط

إختصاصي في :

- جراحة الدماغ والأعصاب
- جراحة العمود الفقري والنخاع الشوكي
- الجراحة الدقيقة
- الجراحة بالمنظار
- جراحة الأمراض الجهاز العصبي
- الصغار - الكبار

Rabat, le الرباط, في

Pr. GANA Rachid
Neurochirurgien
App. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal - Rabat - Tél: 05 37 68 10 82 / 0537 68 11 41
INP : 101107200

23/08/2014

561 x 5
= 8805 DH

Saoudi

As de l'Etat sur Han

Kyria Soumy

25

bon

10/07

Dr. GANA Rachid
Neurochirurgien
App. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal - Rabat - Tél: 05 37 68 10 82 / 0537 68 11 41
INP : 101107200

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Fabricant:

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Fabricant:

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Fabricant:

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Fabricant:

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.

Peel-off label (vignette)



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Fabricant:

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.
Chemin du Foriest
1420 Braine-l'Alleud
Belgique

Titulaire:

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat.