

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

- 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : AOUAD NAJIB

Date de naissance : 13.04.53

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 61 411 411 Total des frais engagés : 521,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.11.2023

Nom et prénom du malade : AOUAD NAJIB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALC

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

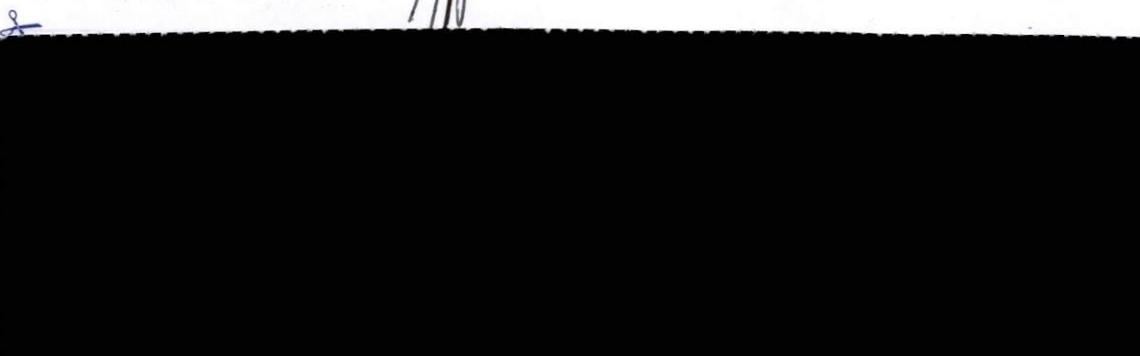
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/11/10	Orthopédie	Général	100000	 Dr. Abdellatif LAROUCI Spécialiste en Traumatologie Orthopédie Bureau B, N° 58 Rue MUSTAPHA El Maâni 10000 Casablanca Maroc Tél : 0523 33 00 / 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Centre (A) Provost Bd. Anouar Casablanca * TANCO	21/11/23.	521,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

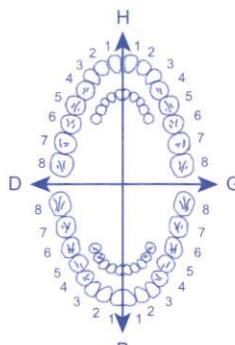
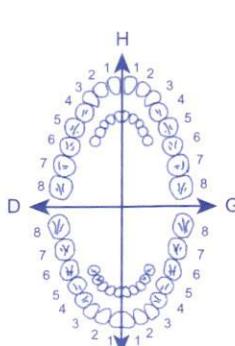
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	D	25533412	21433552	00000000	00000000	D —————— B		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	D																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D —————— B																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	G																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**CLINIQUE
DU VAL D'ANFA**

مصحة
فال أنفا



Dr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N°258, Rue Mustapha El Maâni
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 22 33 00 / 01

Casablanca 10

21/11/83

T = 521,60

N^o 10000 Wajif.

- 1 Béquille 8 35,10 x 3
- 1 Drap 8x2 (x 10) 283,00
- 1 Drap 8x2 (x 10) 24,20
- 1 Drap 8x2 (x 10) 37,00
- 1 Drap 8x2 (x 10) 37,00

Abdelkrim LARGAB

Spécialiste en Traumatologie

19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca - Tél. (011) 0522 868 787 (L.O.) - Fax. (012) 0 522 551 439 - GSM. 0 661 337 437

E-mail: cliniquevaldanfa@hotmaill.com - ICE: 001541221000033

Mers Sultan - Casablanca

Tél.: 05 22 22 33 00 / 01

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 3

BECIDOUZE® 20 dragées

PPU 35DH10
EXP 06/2026
LOT 35041 1

P.P.V : 37,00
LOT : /
EXP : /

P.P.V : 37,00
LOT : /
EXP : /

ZENITH Pharma
AMM N° 550/17 DMP/21/NRQ

6 118001271214
PPV : 283,00 DH

LOT : 505
PER : AUT 2026
PPV : 24 DH 20