

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

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
Siège social : 25000, Casablanca, Maroc. Téléphone : 05 22 22 22 22. Site web : www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-480143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **AN365** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BENZAÏBOUNE ANASS**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667207844** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué par le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

(Veuillez fournir une facture)

Utiliser joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odont.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	G		
	35533411	11433553	
	(Création, Remont, adjonction)		Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de l'exécution

OJET ADHERENT	NOM	Mie :
DECLARATION N°	W15-027174	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

La validité de cette feuille est de (3) trois mois
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous
les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Mutuelle de Prévoyance
R. d'Action Sociale
de Royal Air Maroc

W15-027174

DATE DE DÉPÔT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie :
Nom & Prénom		BENZALDOUNE ANASS
Fonction	chef d'école	Phones
eMail	anass.doungou.	

MEDICIN	Prénom du patient	Reem BENZALDOUNE
Adhérent	☐ Conjoint	☒ Enfant
Nature de la maladie	Age	04/02/2004
	Date	04/02/2004
	Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date	16/09/2019
Montant de la facture	144,00 DH	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE BA HMAD
Mme. EL ALI Charafa
82, Bd. Ba Hmad Belvédère
Casablanca - Tél. : 0522 24 75 39

Dr.Nejmeddine SLIMANI

GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR
SPÉCIALISTE

Titulaire du C.E.S

d'Obstetrique et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Reims (France)

Stérilité - Echographie - Maladies des seins
Chirurgie Gynécologique

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليمان

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم
الفحص بالأشعة - فوق الصوتية
أمراض الثدي

20 زنقة شونبي - ساحة 16 نوفمبر

الهاتف : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

16 SEP. 2019

BENJEDDINE REEM

Duphaston 10 (20) x 1

53,20

Exag 500



PHARMACIE BA HMAD
Mme. EL ALI Charafa
82, Bd. Ba Hmad Belvédère
Casablanca - Tél. : 0522 24 75 39

90,80

Duphaston 10 (20)



Exag 500



Dr. SLIMANI
Gynécologue - Accoucheur
20, Rue Chenier - Casablanca
Tél. : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

144,00

Duphaston®

Dydrogesterone 10 mg



20 comprimés
pelliculés

حصّة رقم / N°
صنع في / .Fab
صالح إلى / .Exp

3 5 8 5 5 5
0 3 2 0 1 9
0 2 2 0 2 4



20 comprimés

EXACYL® 500 mg

53,20

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



(ACIDE TRANEXAMIQUE)

EXACYL® 500 mg