

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 : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-643185

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7742 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IZAABEL ABDELAZIZ

Date de naissance : 16.02.1963

Adresse : 6 Rue 301 - RAS JALAM AZABIA

Tél. : 06 41 91 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 15/05/23

Nom et prénom du malade : IZAABEL ABDELAZIZ Age :

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

Nature de la maladie : Sym de suivi

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 : [Signature] Le : 15/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-643185

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7742

Nom de l'adhérent(e) : IZAABEL

Total des frais engagés : 464,00

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Pharmacie ITRY Dr Kawtar BADAOU Cité Riad Salam N 195 AGADIR Tél: 6528 23 51 43 pharmacieitry@gmail.com
	15/3/23	464,50

[illegible]

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

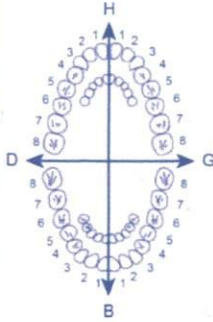
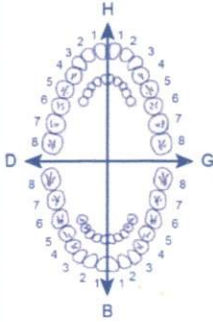
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle. 🍌

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir, le: 15/05/23

M: IZABEL Abdelag 83

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrin - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysilogie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

222.50

Auguste



28.70

Solpre

118.4



50

Vit C

20.9



44.00

Uli

1000



4

Poli

20.9



70.90

Poli

20.9



6

Poli

20.9



URGENCES

05 28 82 58 18

Consultation RDV

05 28 82 59 66

عن طريق الفم

علبة من 14 كبسولة مقاومة لحموضة المعدة

20 ملغ

IPSIUM 20mg

14 gélules Gastro-résistantes



6 118000 121343

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C

N° A.M.M. : 147/18DMP/21/NCN

عن طريق الفم

يُحفظ بعيداً عن مِراى و متناول الأطفال

المرجو قراءة النشرة بتمعن قبل الإستعمال

يُحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 د.م

Respecter les doses prescrites

Liste II

ACV0100012-06

IPSIUM®

Esoméprazole

VOIE ORALE

Boîte de 14 gélules Gastro-résistantes

20mg

أنسپيوم®

20 ملغ

علبة من 14 كبسولة مقاومة لحموضة المعدة

IPSIUM®

Esoméprazole

20mg

Boîte de 14 gélules gastro résistantes

Doliprane®
Paracétamol
1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

PPV: 222,00 DH
LOT: 651329
PER: 12/24

est une marque déposée
du Groupe GlaxoSmithKline

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
1g/125 mg
Sachets
sachet(s) fois par jour à
de préférence au début des repas,
..... jours.
notice attentivement avant emploi.
...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل،
...كيس...
Respecter les doses prescrites

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
1g/125 mg
poudre pour suspension
Adulte
buvable en sachet

anofi-aventis Maroc
oute de Rabat -R.P.1,
n sebaâ Casablanca
plupred 20 mg 20 cp
P.V: 48,70 DH
118000 0605

Respecter les doses prescrites
اجتنب المقادير المعينة
ن sur ordonnance - Tableau A
ن بموجب وصفة طبية - جدول A

plupred® 20 mg

Vita C1000®

PPV 26DH90
EXP 11/2025
LOT 2N052 10

1000 mg
Vita C1000®
1000 mg
30 jours
30 jours

OT: 22E001
PER.: 12 2024
CP PEL 830
P.P.V.: 70DH90
118000 060802

d'AMM au Maroc :
ntis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Casablanca.
UCHAOUIR, Pharmacien Responsable.
Adresse du fabricant :
Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
aa, Casablanca.

بروفيتيد® 100 ملغ
كينوبروفين
عن طريق الفم

100 mg
احتم المقادير المعلنة
Respecter les doses prescrites
ment sur ordonnance - liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية -