

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-0018277

Confidentiel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société : A 77304
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI
 Date de naissance : 01.01.1954
 Adresse : LOT MABROUKA 99 ROUTE A L'ABT YAMAHUEL
 Tél. : Total des frais engagés : 365,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KARIM AMINA Age : 57
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : MARRAKECH

Le : 13/09/2023

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-018277

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

*Dr. Mohammed LAZZOUMI
Expert As
Diplômé en
16 Jan 37 App
Tél: 05 24 01
INA 07 11 8 550*



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
17 3 SEPT 2023	C	150,00		

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
17.3 SEPT 2023		CS	150,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie les Cyprès N° 127 Lot Nabrouka Marrakech Tél : 05 24 43 02 03	13-09-23	215,00

[illegible]

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

[illegible][illegible]

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

VOLET ADHERENT

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

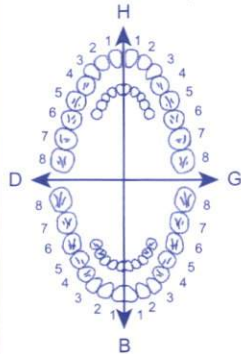
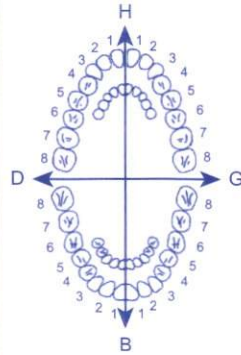
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		<input type="text"/>
	D	G	MONTANTS DES SOINS
	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>
	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : deux cent quinze Vingt dix et noons

4650 DEPART

3300

4130

8780

(2010 KM)

397

225

68193 DEPART 60

70241

~~65226~~

(2)

LOT:BC023
PER:03/2024
PPC:89.00DH

DUR'OS compri Dispersibles

Composition:

Calcium carbonate, calcium nitra
cellulose microcristalline, sodium cr
(E468), Magnésium stéarate végétal,
Vitamine D3 comme calciférol, Sacch
arabique, Amidon de maïs, Antiag
cium phosphate, Antioxydant
DL-alpha-tocophérol

Teneur par dose journalière des ingrédients (pour un comprimé)

Calcium carbonate	300mg
Calcium nitrate	100mg
Vitamine D3	5mcg

Mode d'emploi:

1 comprimé par jour à avaler
ou a dissoudre dans un demi verre d'e
Boite de 30 comprimés
Poid net 36gr

مکرو ماکس

أزیترومیسین

مضاد حيوي

Macromax 500mg
Boite de 3 comprimés



LOT : 9873
PER : 06-24
P.P.V : 63 DH 00

63,150



زیتیک 10 ملغ
تأني كلورهيدرات الستيرنيزين

Zytec® 10mg



ANM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zytec® 10mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

Docteur Mouhssine LAHLOU MIMI

Médecine Générale

- Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
- Médecin expert auprès des tribunaux
- Diplôme universitaire en Diabétologie (FRANCE)
- Docteur en médecine de La faculté de médecine de Rabat
- Diplôme des Etudes supérieures en maladies sexuellement Transmissibles
- Diplôme universitaire en Echographie Générale
- Suivie de grossesse - ECG - Alhijama
- Examen médical du Permis de conduire

INP : 07 11 84 550

الدكتور محسن لاجو ميمي

الطب العام

- طبيب عسكري سابق بالمستشفيات العسكرية
- خبير محلف لدى المحاكم
- طبيب مجاز في تخصص داء السكري بفرنسا
- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- دبلوم الدراسات العليا في تخصص الأمراض المنقولة جنسيا
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي
- تتبع النساء الحوامل — تخطيط القلب - الحجامه
- الفحص الطبي لرخصة السياقة

Marrakech, le : **13 SEPT 2023** : مراكش, في :

Nom : **ICRAB** Prénom : **Amala**

63,00 1 macromax **500**
63,20 21 Zyrtec **10**
89,00 7 Durex **10**
215,20 11 Zinc **25mg**

Pharmacie les Cyprès
N° 127, Lot Mabrouka
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI
Expert Assermenté
Omnipraticien
Omnipraticien Diabétologie
Omnipraticien
Tél : 05 24 01 00 46 - 06 61 71 27 79
Tél : 05 24 01 00 46 - 06 61 71 27 79

بلوك 16 « عمارة 37 شقة 3 أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE bank)
Bloc 16, Imm 37, Appt N° 3 Abraj El koutoubia - M'hamid 9 - Marrakech (En face BMCE Bank)
Tél : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79