

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-826540



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468

Société :

royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL OUERBI SARA

Date de naissance :

08 - 01 - 1995

Adresse :

Lot N°4 Résidence Olaa app 15 étage 2 Laayoun

Bulga

Télé. : 06 28 86 91 34

Total des frais engagés : 548,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Dr. SAID ALLAL BEN ABDELLAH
Chirurgie Cérébrale et Diabète
Chirurgie Cœliaque et Digestive
26/03/2013

Date de consultation :	Age:
Nom et prénom du malade :	Lien de parenté :
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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 de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
08/08/2013	Consultation	G	INP : 102098530	INP : 102098530

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
08/08/2013	SHR 60	Nettar 35 37 64 59 72

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

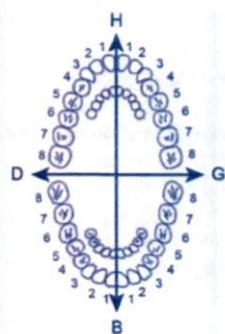
AUXILIAIRES MEDICAUX

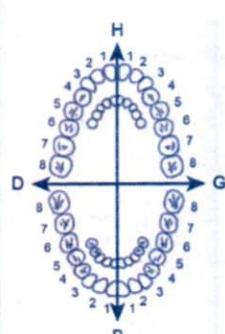
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 traitements canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : _____
			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
			MONTANTS DES SOINS _____
			DEBUT D'EXECUTION _____
			FIN D'EXECUTION _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
	MONTANTS DES SOINS _____
	DATE DU DEVIS _____
	DATE DE L'EXECUTION _____

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Temara, le : 08/11/2023

Song à Onubi

222,00
① Augmentin 1g
→ 52310 ₦ 285

98,80
② Neofoton 1g
→ 52310

27,50
③ Sprofon 1g
→ 52310

29,80
④ Flagon 500 mg
→ 52310 ₦ 285

118,50
⑤ Fixit 20
→ 52310

32,00 Dr. Sifa
Chirurgie Chirurgie et Diabète
prostata
→ 52310 ₦ 285

548,60
⑥ Entebone
→ 52310 ₦ 285

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V. : 490DH80
LOT : 230118
PER. : 2022
000000060862



AUGMENTIN

AMoxicilline-acide clavulannique

1g/125 mg

Sachets

sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كبس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 652435
PER: 05/25

Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 04/2025
LOT 33014 2

87110

**NEOFORTAN® 160 mg**PPV 98DH80
EXP 10/2025
LOT 2N034 3