

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 : 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° P19-0031394

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	MR SENI 4138
Société :	RETRAITE ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : RETRAITE RAM	
Nom & Prénom : MR SENNAJI YAHIA BENDEBBATH	
Date de naissance :	01/01/1938
Adresse :	32, Rue Rahel BENAHMED BOUGHAZ TANGER
Tél. :	0668565492
Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/2024
Nom et prénom du malade : ZEMMOUDI SOHRA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIABÈTE

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 : 07/03/2024 TANGER Le : 07/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031394

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 : 4138
Nom de l'adhérent(e) : SENNAJI
Total des frais engagés :
Date de dépôt : 07/03/2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. M. BENCHERIF wala 3 Place de France - Tanger INPE: 162048375	07/03/2024	643.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 exi  s par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch teeth are labeled 1 through 8 from left to right. The lower arch teeth are labeled 8 through 1 from left to right. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom passes through the center of the arch. A horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right is also shown.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C : Patente:50413621
T.V.A :81322320
Banque:ATTIJARI BANK
Tél :0539932422

Le 07/03/2024

FACTURE N°1027301

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZEMOURI ZOHRA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	437,00		
3	AMAREL 4MG B30	68,80	206,40		

TOTAL T.T.C :

643,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quarante Trois Dirhams et 40 centimes.

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

بصري ف فقط بوجود صفة طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

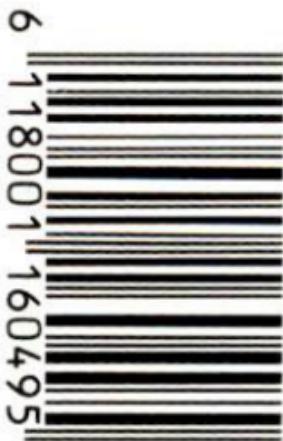
166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.





Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

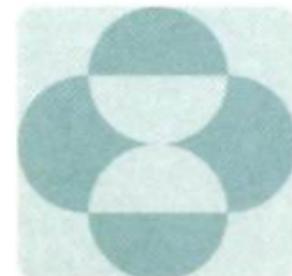
أقراص مغلفة;
Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

للتناول بالفم
Voie orale;

56 قرص مغلف.
56 comprimés pelliculés;



Amarel®

glimépiride/glimepiride

Voie orale/oral use

30 Comprimés/tablets

4 mg

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325



SANOFI



Amarel®

glimépiride/glimepiride

Voie orale/oral use

30 Comprimés/tablets

4 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325



SANOFI

Amarel®

glimépiride/glimepiride

Voie orale/oral use

30 Comprimés/tablets

4 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325



SANOFI