

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Taouzi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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, 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066998

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 :

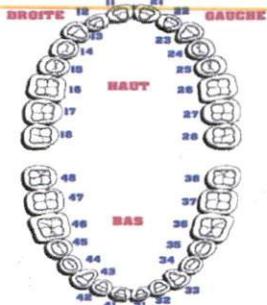
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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 |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|

Coefficient des

| |
|-------------------|
| Montant des soins |
|-------------------|

| |
|-------------------|
| Début d'exécution |
|-------------------|

| |
|-----------------|
| Fin d'exécution |
|-----------------|

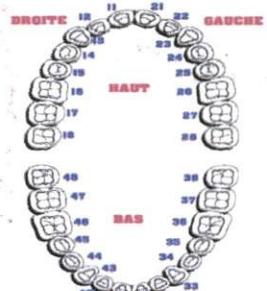
| |
|-------------------------|
| Coefficient des travaux |
|-------------------------|

| |
|-------------------|
| Montant des soins |
|-------------------|

| |
|---------------|
| Date du devis |
|---------------|

| |
|--------|
| Fin de |
|--------|

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

| H | G |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-396665

DATE DE DEPOT

...../...../2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

1839

Nom & Prénom

TAOUFIK - AZIMES

Fonction : RETRAITE

Phones : 06.6523.12.33

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|------------------|---------------------|---------------------------------|

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

| AM | PC | IM | IV | Montant détaillé des Honoraires |
|----|----|----|----|---------------------------------|
|----|----|----|----|---------------------------------|



Rennie®

MENTHE

Soulage les maux d'estomac



36 comprimés
à croquer

Steripharma

mg 500

3 Comprimés pelliculés

Voie orale

التركيبة:
أينطروهيميسين 500 ملخ (500 ملخ) للأذکور. خنثوي هذه العملية على 3 افراد معاشرة ذات اینطروهيميسين. افراد المنشورة قبل الاستعمال.

Composition :
 azithromycine (DCI) 500 mg
 Sous forme d'azithromycine dihydraté
 Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.
 Excipient à effet notoire : lactose.
 Cet étui contient 3 comprimés pelliculés dosés chacun à
 500 mg, soit 1 500 mg d'azithromycine.
 Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

AZIBAC® 500 mg

3 comprimés pelliculés



S 118000 280378

LOT: 19124 PER: 10/2021
PPV: 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP
Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable