

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

Consignes 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.

Biologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 066752

N°D 34845

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DOHBI ALBAK

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° P19-066752

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 :

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom	<i>IOACHIM Tharek</i>	Téléphone	Signature de l'adhérent
Fonction			
Matricule	<i>3189</i>	Mail	

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient :	<i>IOACHIM Tharek</i>	Age		Date de la première visite	
Nature de la maladie :	<i>H.T.A</i>	Adhérent	<input checked="" type="radio"/>	Conjoint	<input type="radio"/>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	Signature et cachet du médecin <i>Dr. Mohamed Benhabib</i> <i>041 19 116 53</i>				

RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
<i>14/06/22</i>		<i>C</i>	<i>150,00</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Montant de la facture
<i>Dr. Mohamed Benhabib</i>	<i>14/06/22</i>	<i>150,00 DH</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux	Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	Fin de l'exécution
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :			DECLARATION N°	
			W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois	

Cachet MUPRAS

Dr. Abdelaziz BENHMMED

Médecine Générale

Echographie

Du De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP

Sidi Ifni, Le :

Nom et Prénom :

الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

LOT : 20E012
PER : 10 2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E012
PER : 10 2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E012
PER : 10 2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BENMHAMMED
Tél : 05 28 87 80 96
Avenue CAHILL Sidi Ifni
INP : 042 1461
ICE : 0013125 000066

RDV Le :

ودادية الفتاح أمام الخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

CARDIX[®] 6,25

Carvédilol

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

28 Comprimés



6,25
mg



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25

Carvédilol

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

28 Comprimés



6,25
mg



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25

Carvédilol

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

28 Comprimés



6,25
mg



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

Rosuvvas[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Rosuvvas[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Rosuvvas[®] SUN



Rosuvastatine



SUN
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

VENOXYL

GEL

LABORATOIRES



CARILENE

V 62 11 22 **L**
LOT PER

Prix

75,00 75,00