

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

Informations 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066753

N°D 34844

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABALAGH AOUAICHA

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° P19-066753

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 :

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N°		DATE DE DEPOT		
A REMPLIR PAR L'ADHERENT						
NOM & Prénom		Téléphone		Signature de l'adhérent		
Fonction		Matricule				
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT						
NOM & Prénom du patient		Age		Date de la première visite		
Nature de la maladie		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		Signature et cachet du médecin 		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances						
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN						
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires			
16.06.20		C	1590			
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Dates		Montant de la facture				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		416				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur						
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	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												
																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de l'exécution												
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de l'exécution
		H														
		25533412	21433552													
		D 00000000	00000000													
		00000000	00000000													
35533411	11433553															
B																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
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													

Dr. Abdelaziz BENHMID

Médecine Générale

Échographie

Du De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP

Sidi Ifni

Nom et Prénom :

ABA LA BA ABA

الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

سیدی

619-X

→ 2007 180

→ 2483

837015

4/6

RDV Le :

ودادية الفتح 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



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



liste I

28 حبة قابلة للقسمة

١٠٠ ملج. يورمين
أينسول

83,70

20 2



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



liste I

28 حبة قابلة للقسمة

١٠٠ ملج. يورمين
أينسول

83,70

20 2



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



liste I

28 حبة قابلة للقسمة

١٠٠ ملج. يورمين
أينسبرول

83,70

20 2



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



LP [®] **فلوكس**
30 حبة ممتدة ذات تحرير بطيء
الجرعة 1.5 ملغ

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
نمط II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

أحترم الجرعات المقررة

06,89

0 0 5

2 2

0 4 0



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



LP [®] **فلوكس**
30 حبة ممتدة ذات تحرير بطيء
المدّة 1.5 ساعة

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
نمّة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

أحترم الجرعات المقررة

68,90

0 0 5

2 2

0 4 0



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



LP [®] **فلوكسي**
30 حبة ممتدة ذات تحرير بطيء
1.5 غرام

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
نممة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

أحترم الجرعات المقررة

68,90

0 0 5

2 2

0 4 0