

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 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.

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- 050670

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01119

Société : 37442

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAIDI Mohamed

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° P19-050670

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
			Montant des soins <input type="text"/>																				
			Début d'exécution <input type="text"/>																				
			Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																					
		Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0019278		Cachet MUPRAS
Date de Dépôt	Montant engagé	
	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 19278

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle SAIDI	Signature et cachet du adhérent
Nom & Prénom SAIDI MOHAMED			
Fonction Rétiré	Phones 0661215798		
Mail m.saidi@hotmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient SAIDI MOHAMED		Signature et cachet du médecin
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du pharmacien
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE	Date 15/01/2020		Signature et cachet du pharmacien
Montant de la facture			
1746,60 PHARMACIE DU CROISSANT 3 Bd Sour Jdid Casablanca Tél.: 0522 22 02 61			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	
		IV	

MR SAIDI MOHAMMED

Re. 1219
Dossiers
traitement depuis avril 2020
(confinement)

FACTURE N° : 90943

du 15/08/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	NATISPRAY AEROSOL	69,30	138,60	0%
4	TAREG 80MG 28CPS	131,50	526,00	0%
3	STAGID 695MG 100CPS	107,60	322,80	0%
4	TENORMINE 100MG 28CPS	83,10	332,40	0%
4	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	316,00	0%
4	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	110,80	0%

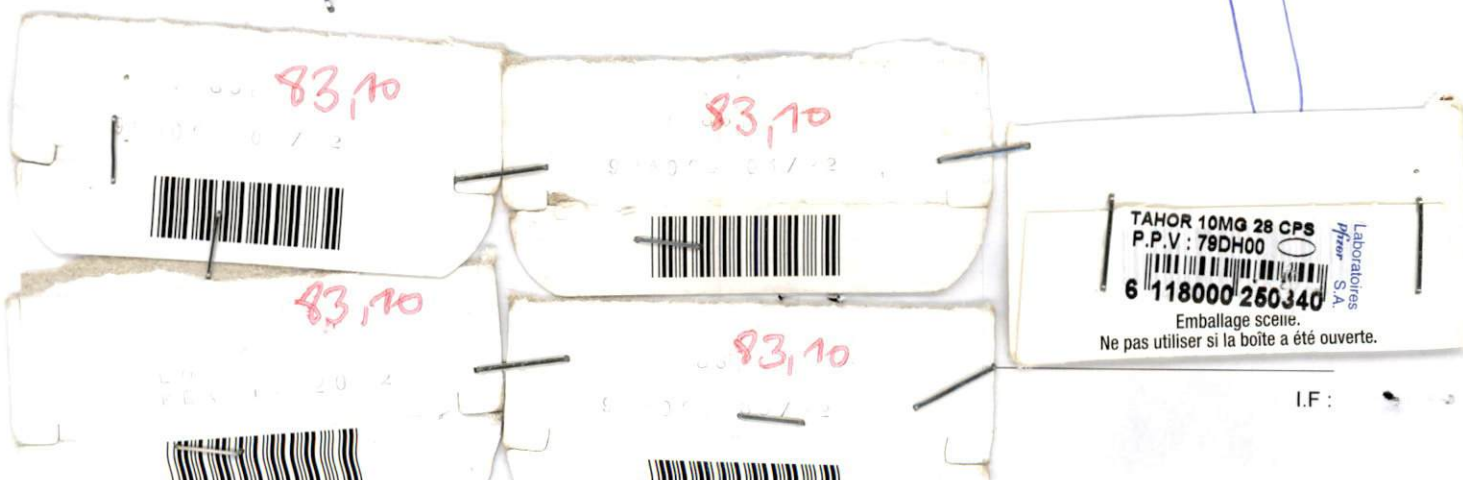
Total TTC	1 746,60
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 746,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE SEPT CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

LOT 191128
EXP 05 2022
PPV 107.60 DH

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 746,60	0,00	1 746,60
		1 746,60	0,00	1 746,60

PHARMACIE DU CROISSANT
DR BOUCHENTOUF NADIRA
3, BD SOUR JDID, CASABLANCA
Tél : 0522220261
ICE : 0522220261



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : Uniquement sur ordonnance.

TAHOR 10 mg
Boite de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2022

PPV 79,00 DH

TITULAIRE: PFIZER TUNISIE

Immeuble Royal Garden, Avenue Ennel, Cité les Pins

Les Berges du Lac 2 Tunis 1054 Tunisie



Fabriqué par Pfizer Tunisie - Fondouk Choucha

2013 Ben Arous Tunisie

Avec l'autorisation de Pfizer Inc - New York - USA

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 0.5 Route de Oualidia 24000 El Jadida



6 118000 250340

Laboratoire
Pfizer S.A.

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذروا المقادير الموصوفة
لا تتركها في متناول أو رؤية الأطفال



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

12 2022
BPA55

1752



TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذروا المقادير الموصوفة
لا تتركها في متناول أو رؤية الأطفال



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

12 2022
BPA55

1752



TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذروا المقادير الموصوفة
لا تتركها في متناول أو رؤية الأطفال



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

12 2022
BPA55

1752



LOT

100.700

EXP

07 2002

EXP

107.60

107,60

LOT

100.700

EXP

07 2002

EXP

107.60

107,60

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

