

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° P19-0039222

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10508 Société : 42693

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BARCHAOUI JILALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 80 43 94 Total des frais engagés : 663,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL BARCHAOUI JILALI Age : 56

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HBP + Hypertension

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° P19-039222

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 : 10508

Nom de l'adhérent(e) : EL BARCHAOUI JILALI

Total des frais engagés : 663,80

Date de dépôt :

[illegible]

Dr. Zaid Nazzari

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FATIM Dr. ARR Angle Rue G. Correchid - Tél.: 0522 33 77 77	13/07/20	413,80

413,80

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

SSS00

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

G

00000000

35533411

00000000

11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

H

1

2

3

4

5

6

7

8

D

G

1

2

3

4

5

6

7

8

B

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine • Infections urinaires

Dysfonction érectile • éjaculation précoce

Enurésie • Circoncision • Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايد نabil

أخصائي في جراحة الكلى والبروستات
المسالك البولية والتناسلية

- عسر التبول والتقيحات البولية
- الضعف الجنسي والقذف السريع
- ختان الأطفال والتبول اللاإرادي
- حالات وجود الدم في البول
- آلام وأورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid, le : 13/04/2020

Mr ELBARCHAoui

TILALI

Pharmacie FATIMA
Dr. ARRADI Samir
Angle Rue O. Nafii et Rue Maci
Berrechid - T 23 77 77
PPV : 172,20 PH

1) Uroline 4 mg x 1/2 172,70

2) Contiflo 0,4 mg x 1/2 109,70

3) Oloxine 200mg x 2 79,00

4) Clofene 500mg x 2 32,90

413,80

CONTIFLO®
PPV: 109DH70
30 gélules à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

LOT: 059
EXP: MAR 2022
PPV: 99 DH 00
20 Comp

PPV: 32,90
LOT:
PER:

40 شارع عبد الرحيم بن عيسى - الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجربة نيسير 2 برشيد - الهاتف : 05 22 03 05 35