

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Logistique 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.

Ordonnance :

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.

Maladie chronique :

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.



Déclaration de Maladie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01190

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHAL Mohamed Fadel

Date de naissance : 17-08-1947

Adresse : Lot 52 Marjane Villa 2 - au

505 - Oudon

Tél : 0661105408 Total des frais engagés : 758,707 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : EL ADRI RAJA Age: 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Gynécologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/09/2020


Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

IUPRAS 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : 

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 00 64/65-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/2020	4582

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

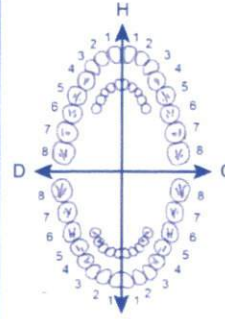
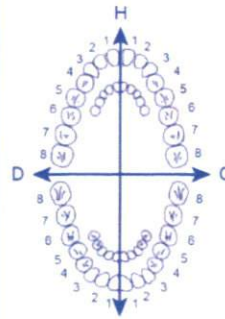
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بتولوز
طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 10 09 2020 في الدار البيضاء،

Dr. Mustapha Sabir

Attestation

215,00

1. Rouper 40 4/10

79,50

2. Insuline 200

79,50

3. Carbonyl 1000

84,70

4. Zenma 100

458,70

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64 / 65 - Cas

PHARMACIE SIDI ABDELLAHMANE
SKIRIYOUN ROUKIA
5-16 Rue Karamallah Résidence Anbar
Casablanca - Tél: 0522 79 79 01



Raciper®

Esoméprazole magnésium



40 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

Fabrique par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Village Ganguwala, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Sirmour - 173 025, Himachal Pradesh, Inde
Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070, Casablanca

PPV:2150H00

Tableau C (Liste II)

احترام الجرعات الموصى بها
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Médicament Autorisé N°: 397/15DMP/21/NTT

Charbon végétal activé-H.E* Fenouil et Menthe poivrée-Rhubarbe-Wakamé

CARBOSORB®

Transit

CARBOSORB®
Transit

Aide à éliminer les gaz intestinaux
et à faciliter le transit

30 comprimés

Voie orale

MEDIPRO
PHARMA

Lot : 200384

À consommer de
préférence avant le : 07/2023

PPC : 79,50 DH

أندوكتان

مليان التريميموتين 200 ملغ

200 ملغ

INDUCTAN® 200 mg 
30 Comprimés pelliculés

30 قرصا





UT. AV.:

LOT N°:

P.P.V

0 3 2 2 7 3 5 0
79,50 7 3 5 0
2 7 9 7 9



ZEN

MAGNÉSIUM MARIN

mag®

LOT:20134FC12
PER:05/2023
PPC:84.70

32 Gélules

Stress
Nervosité
Troubles du Sommeil