

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.

Diagnostique 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

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- 058686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1818 Société : 48050

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ahmed ABENMURVE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 6662 40154 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° P19-058686

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE 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.

Radiologie 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

- 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Étage Angly Ibn Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier du Trésorier
Casablanca 20090 - Tel : 05 22 20 45 45 (LC) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle d'Assurance
et d'Action Sociales
de Royal Air Maroc

Décision

Maladie

N° W10 6675

MUPRAS

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1818

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

ABOUCHOUA Ahmed

Date de naissance :

1951

Adresse :

SOCOA 1 - N° 1572 JARRARACH

Tél. :

0662404540

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Dr ELKHIMAR
MEDICIN GENERALISTE
11411 Lot Askejour Socouma Marrakech
Tél: 0631 99 50 20 Fax: 0525 08 55 20

071213839

Date de consultation :

06/11/2020

Nom et prénom du malade :

Ahmed ABOUCHOUA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cardiologie

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 :

JARRARACH

Signature de l'adhérent(e) :

06/11/2020

RECEPTE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre ou Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/11/2020		CC	150,00 DH	INP 071213839 Dr ELKHIMARI HAJA MEDICIN GENERALISTE YAH LAL Akkajour Socunima Hatt 0525 08
11 Nov 2020		Contrôle	gratuit	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/11/2020	125,30
	11/11/20	168,90

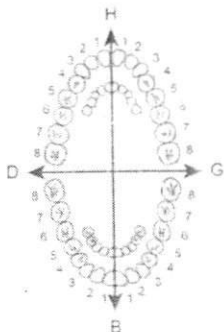
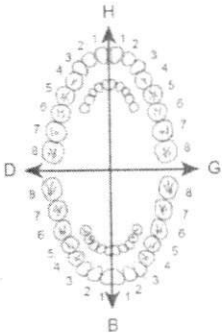
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET TRAVAUX

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ELKHIMARI HAJAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE
ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)
DIAGNOSTIC ET SUIVI DE DIABÈTE
DIAGNOSTIC ET SUIVI DE GROSSESSE
RÉGIME ET AMINCISSEMENT
LA SAIGNÉE - ACUPUNCTURE
MÉDECIN AGRÉE POUR LA VISITE
DU PERMIS DE CONDUIRE



الدكتورة الخماري هاجر
الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي
تخطيط القلب
تحاليل و تتبع الحمل و السكري
الحمية و التخسيس
الحجامة الطبية و الوخز الإبر
مرخصة للفحص الطبي لرخصة السياقة

Marrakech Le :

11 Nove 2020

مراكش في :

Mr / Mme :

Ahmed Abou el meouaoua

1) Natixan 5/1,5 - SV
1 cp / j pelt 3 Mois

2) Nurolog

1 sc P / j - SV

PHARMACIE KARAM
EL HADDAD Hicham
1548, Socouma Marrakech
Tél : 05 24 34 98 88
ICE : 00050454600035

Dr ELKHIMARI HAJAR
MEDECIN GENERALISTE
411 Lot Askejour Socouma Marrakech
Tél : 0631 99 50 20 Fax: 0525 08 55 26

LOT: 0026
PER: 02-23
PPC: 89.00 DH

أسكجور سوكوما رقم 1411 الطابق الأرضي (خلف مدرسة الياسمين). مراكش

N°1411 Lot Askejour Socouma Marrakech

Tel : +212 (0) 525 085 526

Docteur ELKHIMARI HAJAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE
ÉLECTROCARDIOGRAMME (ECG)
DIAGNOSTIC ET SUIVI DE DIABÈTE
DIAGNOSTIC ET SUIVI DE GROSSESSE
RÉGIME ET AMINCISSEMENT
LA SAIGNÉE - ACUPUNCTURE
MÉDECIN AGRÉÉ POUR LA VISITE
DU PERMIS DE CONDUIRE



الدكتورة الخماري هاجر
الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي
تخطيط القلب
تحاليل و تتبع الحمل و السكري
الحمية و التخصيس
الحجامة الطبية و الوخز الإبر
مرخصة للفحص الطبي لرخصة السياقة

Marrakech Le :

06 Nov 2020

مراكش في :

Mr / Mme :

Ahmed EL MAOUCI

125,30

Vaxigrip Tetra



1 dose de 0,5 ml.

Pharmacie Yassine
Mme Rivet Agnès
RC : 57 122 - Téléphone : 479 01576
GNSS : 605 9613 - IF : 707 83 570
INPE : 072 087 566

Dr ELKHIMARI HAJAR
MEDECIN GENERALISTE
N°1411 Lot Askejour Socouma Marrakech
Tel: 0631 99 50 20 Fax: 0525 08 55 26

أسكجور سوكوما رقم 1411 الطابق الأرضي (خلف مدرسة الياسمين). مراكش

N°1411 Lot Askejour Socouma Marrakech

Tel : +212 (0) 525 085 526

Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Région	
Povince / Préfecture	
Commune / Ville	

Informations sur le vacciné et la vaccinogilance

Nom et Prénom	ABOU TOUZA Ahmed	
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Age		
CIN		
Adresse		
Tel		


Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Information sur le vaccin contre la grippe

Date de dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
06/11/2020		10082020	7/2021	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination, il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Mali par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par email : apm@apm.mli

Vaccination

Médecin prescripteur	Dr ELKHIN, 06 55 55 55 55 MEDECIN GENERALISTE Tel: 06 55 55 55 55
Lieu de vaccination	ALINART
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination	06/11/2020

Pharmacie Yassine
Mme Rivet Agnès
Patente : 479
IF : 707
072 057 5F