

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.

Pathologie 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.

Prothèse 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 065233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

54899 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGBOLIRI, MHAMED

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 41 Melloul Bloc B Rue 2 n° 39

Tél. : 06563735 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 :

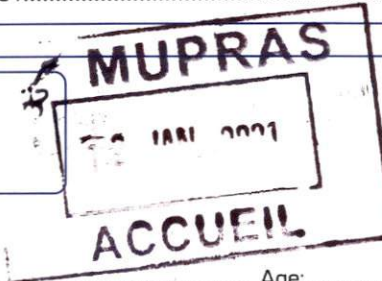
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/01/2021	761,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

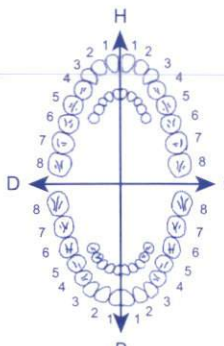
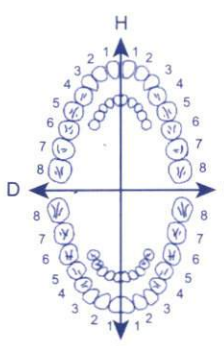
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 B </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[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

M. HADHOUMI

Pharmacien

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE GRENOBLE

316, Av. Abdellah SENHAJI

Hay Al Idrissia 1er

Casablanca

Tél : 05 22 28 85 69

Facture N°



Casablanca le 21/01/2021

M LAGBOULI M HAMED

Quantite	Désignation	P.U	TOTAL
03	Stagel GN (3x107,60)		322,80
03	Amarel 2/300 (3x604,00)		181,20
03	ASKARDIL 750 (3x22,40)		67,20
03	T.Ritzy de 10/25 (3x63,30)		189,90
			<hr/> 761,10

PHARMACIE EL FARAJ
M. HADJOLMI
Hay Larissia - Casablanca
Tél. 0522 28 85 69

Arrêter la facture à la somme de Sept cent soixante un dh
et dix ct

LOT : 20E004
PER.: 05 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 20E004
PER.: 05 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 20E004
PER.: 05 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 10/2022
LOT 90012 8

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 2

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 10/2022
LOT 90012 8

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - بصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 201318
EXP 07 2023
PPV 107.60

107,60



STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - بصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 201318
EXP 07 2023
PPV 107.60

107,60



STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - بصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 201318
EXP 07 2023
PPV 107.60

107,60





6360

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترم الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés





6360

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترم الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés



6360



Tritazide® 10mg/25mg

Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés

