

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.

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 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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585975

58402

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1411	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : M ^{me} EL HADDAJ NADIA épouse ZRAOULI			
Date de naissance : 26-1-76			
Adresse : Rue Amir Abdellah Villa nouvelle Saffi			
Tél. : 0661328375	Total des frais engagés : 10000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 1-1-2001			
Nom et prénom du malade : Age : 0			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-585975
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 :	

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

05/11/2010

125,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

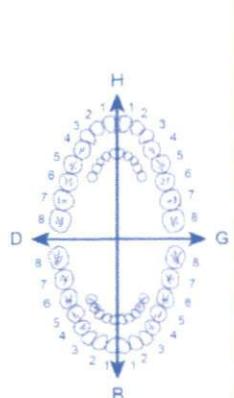
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

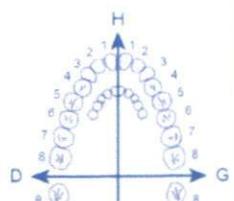
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	01433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

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

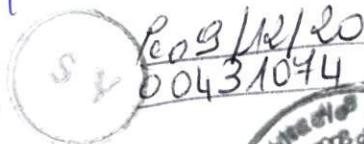
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Safi, le : ٢٠١٢/١٢/٢٠

أ. حادسج نادير

125,30

Vaxigrippe tétres
1 - جلسة.



Saropfi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1

P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247



Clinique ABDA
Dr. Nourddine EZZIDI - Chirurgien
Angle ALLAL ILLANE & Abdelouhab DERRAKH
SAFI. 0524.61.01.49 / 06.63.65.56
FET NOEMI

Angle ALLAL ILLANE & Abdelouhab DERRAKH - Quartier Plateau - Ville Nouvelle - SAFI

Tél. : 05 24 61 01 49 - Fax : 05 24 61 01 56



335, Avenue Mohammed V - Rabat
Tél : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01
<http://www.sante.gov.ma>

وزارة الصحة
+٢١٢ ٥٣٧ ٧٦ ٨٤٠١
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+٢١٢ ٥٣٧ ٧٦ ٨٤٠١
ROYAUME DU MAROC

Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021

N°carte (N°dans l'ordonnancier) :

0043.10.73...



Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

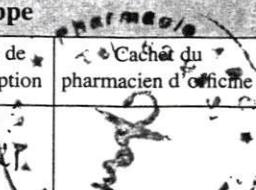
Région	Marrakech - Asfi
Povince / Préfecture	Asfi
Commune / Ville	Asfi

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	M. Nasser Zaquli
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Age	01/01/49
CIN	B346343
Adresse	6 Rue Amir Abdelkader quartier Asfi
Tel	06 61 32. 83. 75

Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Information sur le vaccin contre la grippe

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
09/11/2020	Vaxigrip Tetra	U3K 37 NV	07/11/2021	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination, il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) par téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	Dr Nourredine Ezzidi
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination/...../.....