

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585975

58402

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
 Nom & Prénom : M^{me} ELHADDAD NADIA épouse TRAOUALI
 Date de naissance : 26-1-36
 Adresse : Rue Amir Abdelkader Ville nouvelle SARL
 Tél. : 0661328375 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° 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 :

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 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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

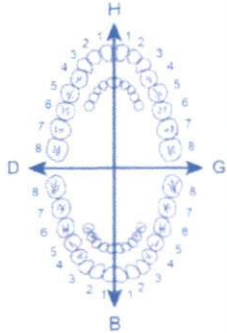
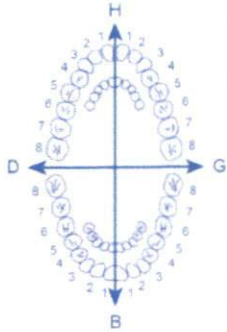
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Safi, le : 9/12/20

El HADRAJ Nouria

125,30

Vaxigrip tetra

1 - jls

03/12/20
00431044

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Vaxigrip Tetra 16 µg/0,5 ml
sol | jls b1
P.P.V : 125,30 DH



6 118001 082247



Clinique ABDA
Dr. Nouridine ELZIDI - Chirurgien
Angle Allal Illane & Abdelouhab Derrak
SAFI - 0524.61.01.49 / 06.63.65.56

El Nourine

وزارة الصحة
+ⵎⵔⵉⵔⵉⵙⵉⵔⵉ | +ⵏⵓⵔⵓⵙⵉⵔⵉ
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
+ⵏⵓⵔⵓⵙⵉⵔⵉ | ⵎⵓⵎⵓⵔⵓⵙⵉⵔⵉ
ROYAUME DU MAROC



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

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

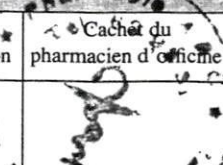
Région	Marrakech - Asfi
Povince / Préfecture	Safi
Commune / Ville	Safi

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	M. Hamed Zraoui
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Age	01/01/49
CIN	B346343
Adresse	6 Rue Amir Abdelkader qu. V. N. Safi
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
29/11/2020	Vaxignip Tetra	U3K 37 1V	07/21	

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. Noureddine Ezzouli
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	
Date de vaccination/...../.....