

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.

Biologie 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° M21- 0018803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007971

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ASSAM KHADIJA

Date de naissance : 1950

Adresse : 82 Haye MASSIRA Bejaout

Tél. : 0610301898

Total des frais engagés : 227

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 : 11/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Le patient est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		
	H		G																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
(Création, Remont, adjonction)																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						

Date de dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces jointes	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-379109	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-379109	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom		ASSAN K. Lij	
Fonction :		Phones : 0610301891	
Mail :			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age		
Nature de la maladie	Date		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		200,00	
PHARMACIE	Date : 14/12/2020		
Montant de la facture	27,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr ZOUBEIR Nadia
Cardiologue
Tel: 05 23 48 41 42
INPE 121482182
Chohada Ort Miftah- Beni Mellal

Dr ZOUBEIR Nadia
Cardiologue
Tel: 05 23 48 41 42
INPE 121482182
Chohada Ort Miftah- Beni Mellal

PHARMACIE CHIFA
Dr. Rachid KSIRI
517, Av Hassan II Hay El Massira
Boujaâd - Tél: 05 23 41 19 56
INP: 062018981

Docteur ZOUBEIR Nadia

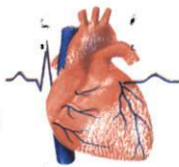
Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Béni Mellal



الدكتورة زبير نادية

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بمرسيليا (فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقا بمصلحة القلب والشرايين بالمستشفى الجهوي بني ملال

باسم (الشخص) : 14/12/2023

ASSAN

KH1075A

27/10

1 - ALIVIAIR

0-0-1

2 - (R) 27/10/2023

3 - (R) 27/10/2023

Dr ZOUBEIR Nadia
Cardiologue
Tél: 05 23 48 41 42
INPE 121182182

رقم 6 شارع الشهداء حي مفتاح، أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي بني ملال

الهاتف : 07 00 10 00 48 - 05 23 48 41 42

ALIVIA[®]

sulpiride

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

50 mg

ALIVIA[®] 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

Boîte de 20 gélules

Voie Orale



IBERMA

27,00

11/2000
11/2025
27,00