

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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 :

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- 0020951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2728 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : HAFID FATIMA
Date de naissance : 06/07/57
Adresse : 11 Rue Hassan 1er Agdal
Tél : 0612985851 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
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>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																						

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N°

W18-392921

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



W18-392921

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2728

Nom & Prénom **HAFID FATHA**

Fonction **RETRAITEE** Phones **063285851**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient **HAFID FATHA**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

17A

Date

8-7-10

Nature de la maladie

Thypple

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

1

150M

PHARMACIE

Date **08/01/25**

Montant de la facture

117,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

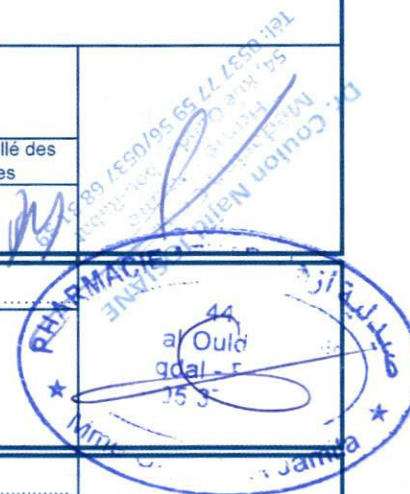
Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV



Docteur COULON NAJID Josiane

RABAT Le: 16/10

MEDECINE GENERALE
HOMEOPATHIE

54 ,Rue Oued Sebou Agdal RABAT

TEL :05 37 77 59 56 /05 37 68 31 39

Ice0016981220084

on - Hap d Fauthe



1 - Spectum des y 55
14. Ractm d leur ord
a up 20

34,10

7 -



117,30 if ractm d leur ord
a up 20

Dr. Coulon Najid Josiane
54, Rue Oued Sebou Agdal Rabat
Tél: 05 37 77 59 56 / 05 37 68 31 39
M: 06 61 11 11 11

لا تتناول مع غذاء الحديقة
NE PAS DÉVALISER LA DOSE PRÉSCRITE

Formule :

Acide niflumique 250 mg
Excipient q.s.p. 1 gélule
Conservateur de la gélule $SO_2 < 1000$ ppm
Boîte de 30 gélules
contenant 7,5 g d'acide niflumique

NIFLURIL

acide niflumique
30 gélules dosées à 250 mg



UPS A
Laboratoires

Indications : Toutes manifestations inflammatoires

Posologie : Selon les indications du médecin

لا يتناول في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires **LAPROPHAN** S.A.
21, rue des Oudaya - Casablanca
Fabriqué au Maroc sous licence
des laboratoires UPSA (FRANCE)



NIFLURIL 250mg ○
30 gélules



6 118000 030874

نيسفلوريل

حامض النيفلومي
30 كبسولة بكل منها 250 ملغ



أوبيسا
مغياير

NIFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10

EXP 09/2022
LOT 97035 1