

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0051229

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRISSI TIBARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 32 01 14 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 : APALAGH Aouaicha

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° M21-051229

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 :

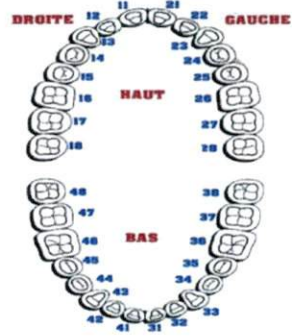
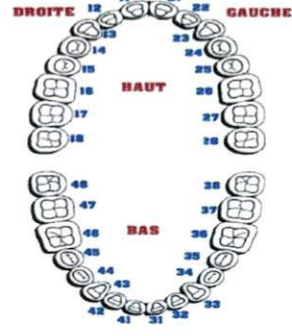
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coum'ier

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N°		DATE DE DEPOT	
W					
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14		Signature de l'adhérent	
Fonction retraité		Matricule 3189			
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUIACH		Age 01 / 01 / 1963		Date de la première visite	
Nature de la maladie. H5 A		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		Signature du Médecin <i>Dr. Abdelaziz Benhabib</i> Diabétologue Endocrinologue 05.28.59.06	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes 07.06.2021		Nature des actes		Montant détaillé des Honoraires 1590	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates 07/06/2021		Montant de la facture 416,-			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Montant détaillé des Honoraires			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					

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
					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
		H 25533412 21433552			
		D 00000000 00000000		Montant des soins	
		00000000 00000000			
		35533411 11433553			
		B			
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	
		Fin de l'exécution			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT					
NOM du Patient :			DECLARATION N°		Cachet MUPRAS
			W		
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois	

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le : 07-06-2020 سيدي إفني , في :

Mr, Mme, Melle : ABALA GH Aouch

- Fluide (p) 18/1
689-x3
1-2067
- Term 18/1
83,10-x3
→ 2483-
216-

Pharmacie EL OUAFA
Dr. Abdelaziz BENHAMMED
Tél : 05.28.87.59.96
Av. CAINE - Sidi Ifni
INP : 05.20.74.51
ICE: 001294000066

RDV Le :

Dr. Abdelaziz BENHMID
Diabétologie Echographie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.96

ودادية الفصح أمام المخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96
Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



FLUDEX[®] LP
فلوكسي
30 حبة ممتدة ذات تحرير بطيء
المتوسط 1.5 ملغم

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
فئة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

68,90



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



FLUDEX[®] LP
فلوكسي
30 حبة ممتدة ذات تحرير بطيء
المتوسط 1.5 ملغم

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
فئة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

68,90



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



FLUDEX[®] LP
فلوكسي
30 حبة مائسة ذات تحرير ممتد
الجرعة 1.5 ملغم

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
فئة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأذونة

68,90



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ مجم. جينورمين
تينورمين

١٠, ٢٣



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج. **تينورمين** إينورمين

١٠، ٢٣



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ مجم. جينورم
تينورمين

١٠, ٢٣