

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-473890

N° D:
76531

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 895 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ABOUHAM LARBI
 Date de naissance : 07/01/1949
 Adresse : Rue 453, n°4 cité des fonctionnaires Agadir
 Tél. : 0655973221 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 JUIN 2021
 Nom et prénom du malade : TALBI HADDI A Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection cardiovasculaire, hypertension artérielle
 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) :

RELEVÉ 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
23 JUIN 2020	C	1	17900	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL FARABI Dr. S. FARABI 10, Lot. Nahda - Zemamra Tél: 05 23.35.64.02	23/6/21	1478,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

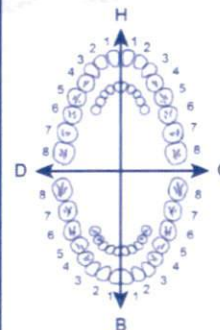
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

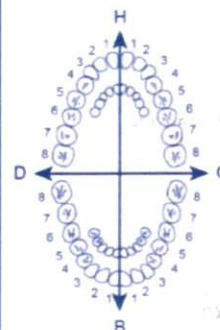
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr H. AZIOUIZ

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de la Faculté de Médecine
& de Pharmacie de Casablanca

MÉDECINE DU TRAVAIL

& D'ERGONOMIE

Diplômé de l'université de Rennes 1
France



الدكتور ح. عزيز

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة - الدار البيضاء

طب الشغل وبيئة العمل

خريج جامعتين 1 - فرنسا

نماسة، في : 23 JUIN 2021 Zemamra, le :

TALBI HADDI'A

139.00

x 3

1) Colosar 100/21

46.70

1.0.0.0

2) Zylone 100

27.70

x 3

3) Cardiomagne

222.00

x 3

4) Stuctum

20.90

x 3

5) Vit D3 Bm

30.10

x 3

6) Xerid 100

89.50

x 2

7) Artifex Roux 1/2

traitement
de

trois mois

Pharmacie EL FARABI
Dr. SABIR Tarik
390. Lot. Nahda - Zemamra
Tél: 05.23.35.64.02

1 A / semaine x 1 mois

par 1 A / 15 x 2 mois

Tél.: 05 23 34 66 19 - شارع الزرقطوني - حي النهضة (فوق صيدلية الفرابي) - خميس الزمامرة - الهاتف : 05 23 34 66 19

390 Av. Zerkouni - Hay Ennahda (dessus pharmacie el farabi) Khemis Zemamra - Email : hazioui@gmail.com

1478.70

Lot :

Exp :

PPV :

129,00

Lot :

Exp :

PPV :

139,00

Lot :

Exp :

PPV :

139,00

LOT 210523

EXP 02 2025

PPV 46.70 DH



Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique



Bayer S.A.
P.P.V. : 27,70 DH
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique



STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

xénid 100mg

20 suppositoires



6 118000 140559

gras d'usage externe facile et rapide.

LOT 6472/FC10

01/2024 PPG 22,50

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 17116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH