

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.

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

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

→ A noter merci
Déclaration de Maladie

N° P19- 065130

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : R. A. M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAI Abd-Plah

Date de naissance : 26.04.1957

Adresse : 1117 AZLI SUN MARADIAH 4015

Tél. : 061548270 Total des frais engagés : 628,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAAMAA Nina Age : 61

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 : 08.09.21

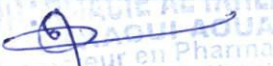
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09-08-21	628,00 MD

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

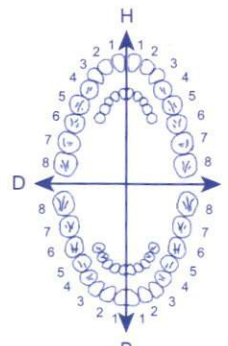
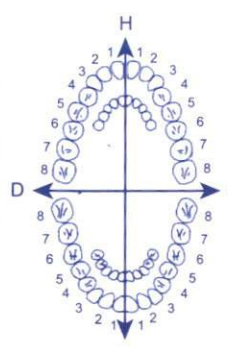
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

مراكش، في: 08 - 08 - 2021

Facture - N° : 318

M^{me} MINA MÂAMA

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
02	TUNIS Rug 20g	189.10	378.20
01	Athyml 30g y	98.30	98.30
02	NOZINON 100g	57.30	114.60
01	LYSANDIA cat 15g	37.60	37.60
ARRETER la presente facture à la somme de six cent vingt huit dirhams, 70 cts			
<p>صيدلية الإخلاص Pharmacie AL IKHLASSE ICE : 000511038000030 Patente : 47928980 - RC : 100140</p>			
		TOTAL :	628.70

Service Universitaire Psychiatrique

Hôpital Ibn Nafis

C.H.U Mohammed VI de Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

Marrakech, le 29-06-2021

ORDONNANCE

Hina Haana

189.10 x 2
1) Teneluz 20 mg N° 4331
358.20
02 - 00 - 00

98.30
2) - Athymil 30mg cp N° 4332
00 - 00 - 1/2

57.30 x 2
3) Nozinan 100mg cp N° 4333
174.60
00 - 00 - 01

37.60
4) - Lysonaxia GH 15mg (cp) N° 4334
628.70 - 00 - 15 GH

Fekrav

Dr. EL FAHRI FZ
Service de Psychiatrie
C.H.U Mohammed VI - Marrakech

Hôpital Ibn Nafis, SUP

Cité Daoudiate, quartier Amerchich. BP : 502 - Marrakech
Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31

189,10

189,10

herche
Mentale

30 Gélules



6 118000 070863

Professeurs et médecins :

Ag. MANOUDI Fatiha
r. Ag. ADALI Imane
Dr. ELMESOUDI My Abdelaziz
Dr. SAKR Ibtissam
Dr. SAMIH Majda

Athymil® 30 mg
Comprimés pelliculés
séables



6 118000 080763

Psychiatrie générale :

Dr. SALIM Said
Dr. ELBARMANI Nour EL houda

EL MOUTASSIM Zainab
AKAMMAR Sanae
BOUSKOUL Mina
ELYAZIDI Fatima-Ezzahra
KACHOUCI Aymen

DURTI Mariam
EBOUR Khadija
ABITATEDDINE Mariam
DUALAME Abdelmounaim
OURANI Ahmed

chef de service des soins

armiers :

SOUHAILI Abdelfattah

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30



6 118000 060482

LOT
PER
PPV

37,60