

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-568099

106853 par
ROYAL AIR MAROC

Maladie

Dentaire

Matricule : 2509

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : C.H. ADNI AFIFA

Date de naissance : 07/01/57

Adresse : 106853

Tél. : 06 62 09 56 13

Total des frais engagés : 132910 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A-
HMIMV - Rabat
INPE N° 101190635

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/12/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568099

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 :

RELEVE 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
11/2/19	S	G 40	Dr. Colonel Youssef SERRAJ Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne - A- HMIMV - Rabat N° 101100635	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina Harheuha - Tél: 05 37 74 47 07 ICE: 00214130300020 F: 91309824 - INPE. 102050903	19/12/21	132,10 PHARMACIE ROCHE BLANCHE Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina Harheuha - Tél: 05 37 74 47 07 ICE: 00214130300020 F: 91309824 - INPE. 102050903

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

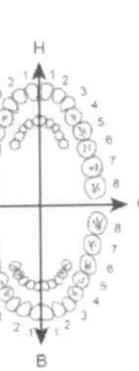
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000	G 00000000			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B 35533411		B 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

Le 10/10/2023

ORDONNANCE

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A-
HMIMV - Rabat
INPE N° 101190635

1. Dimézant : 1/2 g par 2,3 mois

6,80

2. Levotyrosine 25 mg, 1 pl

Lozenge

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj. b1
P.F.V : 125,30 DH

5118001 082247

125,30

3 -

Vaxigrip 10 ml, 1 dose

132,10

PHARMACIE ROCHE BLANCHE
Av. Mly. Abdellah, Villa Roucaina
Harrouha - Tél.: 05 37 74 47 87
ICE : 00214130300020
I.F. 91309824 - INPE. 102050983

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A-

HMIMV - Rabat

INPE N° 101190635

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants: -
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

EXP:
Lot:
Fab:

04/2024
60153L
05/2021



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335