

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.

Prothèse :

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

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° P19- 048130

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2229 Société : ND 109036

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJJ B Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 27, Taha A, passage 6, Benachac

Tél. : 0660237313 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nabil El Ouardi, Spécialiste Urges, CHU, INDI

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ch. El Ouardi Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + colique

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAQ 135 Rue du 11 Mars 1963 - BERRECHID - Tel.: 0522 33 64 01		318.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

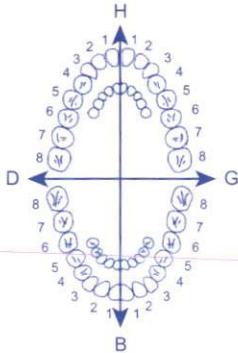
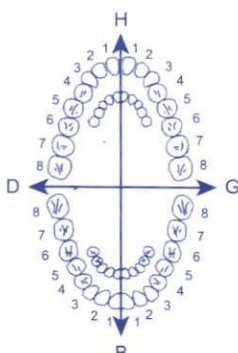
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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'EX

ROYAUME DU MAROC
 MINISTRE DE LA SANTE
 DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
 A LA REGION CASABLANCA SETTAT
 DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
 CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID
 HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID , LE :

ORDONNANCE

الدكتور نبيل الوردي
Dr. Nabil EL OUARDI
 Spécialiste en Médecine du Travail
 Urgentiste oxygologue
 CHP de Berrechid
 INPF : 121006274

Chedou Dabbag

43.30

1)

ADOL

28

(S. 7)

1 v + 21

18.70

2)

Diamerion

03 mg

(S. 7)

40.40.

1 v 1

03 mg

3)

Metosporon

(S. 7)

33.90.

4)

(S. 4)

1 pil + 21

Inferid 50

1 v 1
 1 v + 21

Pharmacie ALFAAD
 1.35, rue Abdou Madi
 BERRECHID -
 Tel. 9522 38 64 01

43,00-
5

Gouvernement



29.60

6

1 2 31
25
2 2



318.90.

الدكتور نبيل الوردي
Dr. Nabil EL OUARDI
Spécialiste en Médecine du Travail
Urgentiste oxylogue
CHP de Berrechid
INPR : 21006274

Pharmacie ALAFAQ
13.5 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -
Tel.: 0522 38 64 01

45,30

78,70

رات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
 Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

33,90

20 كبسولة لينة

لريق الفم

VN8626
 07-2020
 07-2023
 رقم الحصة :
 تاريخ الإنتاج :
 تاريخ الانتهاء :

Sans
 Sucre
GAVISCON

20

Composés à la
 menthe

4300

Soulagement rapide et apaisant
 Effet longue durée
 Brûlures d'estomac et indigestion

AMM NO 189/14 DMP/21/NNP

79,60

Pharmacie ALAFAQ
 132 P. de la Abou Madi
 - BERRECHID -
 Tel.: 0522 33 64 01

