

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0056261

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056261

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 :



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		FEUILLE DE SOIN N°		DATE DE DEPOT	
		W			
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom		IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14	
Fonction		retraité		Matricule 3189	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient		IDRISSI MBARK		Age 135	
Nature de la maladie		Rhum + TOA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes		Nature des actes		Nombre de Coefficient	
16.12.2022		C		G	
Montant détaillé des Honoraires					
Lot. Fatah Sidi Ifrah Tél: 09.28.87.59.99					
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates		Montant de la facture			
16/12/22		518,50 DH			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Nombre			
		AM PC IM IV			
		Montant détaillé des Honoraires			

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</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	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution													
VOLET ADHERENT																
NOM du Patient :			DECLARATION N°													
			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 بالجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le : 11/12/22

Mr, Mme, Melle :

Driss M Bmle

Doliprane 1000 1/02 ltr d'100

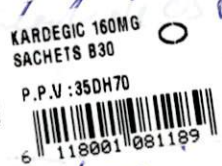
2 Rhinamine 1 - 1 - 1
2 Rhinamine 1 sach x 31

3 Paracétamol

4 Albuterol

5 Cordia 6,25

KARDEGIC 160



RDV Pharmacie EL OUAÏ
Dr. Driss BENMHAMMED

Dr. Abdelaziz BENHMID
Médecine Générale
Amical AL FATH

05.28.87.59.96 - 05.28.87.59.96
Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél: 05.28.87.59.96
ICE: 001231294000066

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Cassarins - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L2928



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Cassanfrats - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L2928



حالات نزلة برد - زكام
حمى - سيلان الأنف
تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

ريلو ميلين

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

22, 70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاكي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام
حمى - سيلان الأنف
تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

ريلو ميلين

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

22, 70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاكي صيدلي مسؤول

٢

ران مسيقا

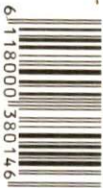


سيمفاستاتين

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
Comprimés pelliculés
Voie orale



SUN
PHARMA



30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

ملغ
20

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

٢

ران مسيقا

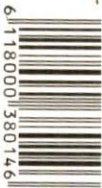


سيمفاستاتين

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
Comprimés pelliculés
Voie orale



SUN
PHARMA



6 118000 380146

ملغ
20

30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

٢

ران مسيقا

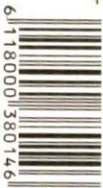


سيمفاستاتين

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
Comprimés pelliculés
Voie orale



SUN
PHARMA



30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

ملغ
20

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60

Titulaire de
l'Autorisation
de mise sur le
marché au Maroc:
Laboratoires
Pfizer S.A.
km 0.500, Route de
Oualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabriqué par :
PIRAMAL HEALTHCARE
UK LIMITED
WHALTON ROAD - MORPETH
NORTHUMBERLAND
NE61 3YA
ROYAUME UNI
ou
DELPHARM EVREUX
5 RUE DU GUESCLIN
27000 EVREUX
FRANCE

ALDACTONE 50MG 20CPS

P.P.V. 56DH80

6 118001 170029

6 118001 170029

Laboratoires
Pfizer S.A.

LOT: 828587
EXP: 10.2023

Titulaire de
l'Autorisation
de mise sur le
marché au Maroc:
Laboratoires
Pfizer S.A.
km 0.500, Route de
Oualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabriqué par :
PIRAMAL HEALTHCARE
UK LIMITED
WHALTON ROAD - MORPETH
NORTHUMBERLAND
NE61 3YA
ROYAUME UNI
ou
DELPHARM EVREUX
5 RUE DU GUESCLIN
27000 EVREUX
FRANCE

ALDACTONE 50MG 20CPS

P.P.V. 56DH80

6 118001 170029

6 118001 170029

Laboratoires
Pfizer S.A.

LOT: 828587
EXP: 10.2023

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés


LOT: 190
PER: FEV 2025
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol



28 Comprimés


LOT: 190
PER: FEV 2025
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol



28 Comprimés

LOT: 190
PER: FEV 2025
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE