

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-776183

143097

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	59946	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NEJFAR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 70 27 62 44 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin AZIZ ALAMI MEROUNI		
	Diplômé d'Echographie Générale Médecine Générale SOS Médecin : 06 61 21 59 48 23, Angle Avenue Résistance et Rue Togo, Appt. 10, Océan - RABAT Tel. : 05 22 20 30 36		
Date de consultation :	13/12/2022	Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	Nejfarn Hafidz	Age :	
Nature de la maladie :	Symptome grippal	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
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 : Rabat Le : 13/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Nejfar Hafidz

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-776183

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
13/12/2023	Tet	C	150,00	INP : 101005437
	Ayg		200,00	
	COVID		<u>350,00</u>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur Diplôme o Montant de la facture
HASSANIA OUSSAMA Residence Nakhil II N° 122 Route Guedira, 75-37-65-74-29 558 555	<i>13/12/2022</i>	<i>4.32, 63² Tog. 1a. 05/03/2023</i>

ANALYSES : RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHÉRENT

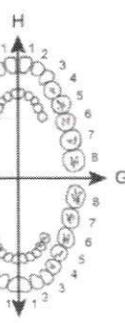
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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.

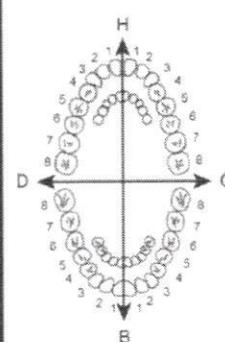
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10

Océan - RABAT

Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35

GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي مروني
الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبر محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمارة 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

Rabat, le

13.12.22

الرباط، في.....

Nom

Neyyare Halima



125,30 - Tetra grip 100 Vaxigrip

107,10 - Oreloxo 100 mg

48,30 - Solupred 20

30,00 - Flurbiprofen 100 mg 3x1

14,00 - Zoliprane 100 mg

43,20



Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
احترم المقدار الموصى به

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste) (I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول (أ) (I)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70

6 118000 060536

STE HASSANIA OUSSAID
Résidence Nakhil II N° 12P
Avenue Ahmed Reda Guedira, Nahda
Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Echographie Générale
Médecine Générale
SOS Médecins : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistar
Togo, Appt. 10, Ocean -
RABAT - Tel : 05 37 65 74 29
Tél : 05 37 20 30 35
INPE : 102030558
ICE:003056280000086



PPV.14DH00
PER: 07/24
LOT: K1908



دواء
لـ



١٠٠٠

مل.مك

D

د. سعيد الأزاريليان - بيروت - مصر
البيروتى - مصطفى مطر - الدار البيضاء

Fluibron® 0,3%

Ambroxol

30,00



التركيب :

أمبروكسول كلوريدرات 0.30 غ
سواغ كمية كافية من أجل 100 مل
(يحتوي على كليسرول، سوربيطول، باراهيدروكسيبينزوات
المثيل و باراهيدروكسيبينزوات البروبيل)

أنظر البيان الداخلي قبل الاستعمال
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

Fluibron®

Ambroxol
Siroop
Flacon 200ml
PROMOPHARMS S.A.



6 118000 240426

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance

et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10

Océan - RABAT

Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35

GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي مروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبير محلل لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمارة 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

Rabat, le 13.12.2022 الرباط, في.....

Negjarn Halima اسم

Prélèvement nasopharyngé

Tst antigénique de dépistage.

Sars-COV 2 = COVID NB =

Négatif

Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Echographie Générale
Médecine Générale

SOS Médecin : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT
Tél.: 05 37 20 30 35