

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 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.



144478
Camer
SIT

Déclaration de Maladie : N° S19- 0009945

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

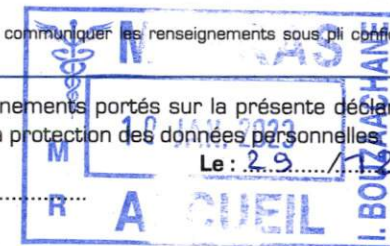
Matricule : 11120 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF Date de naissance : 24/03/1974
 Adresse : Royal Air Maroc GUINCE CONAKRY
 Tél. : 2224654101307 Total des frais engagés : 414,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29 DEC 2022
 Nom et prénom du malade : EL HATIRI Amal Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : EL Sijjal + Arthrose
 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 : AGADIR Le : 29 / 12 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : LABYED



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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19-

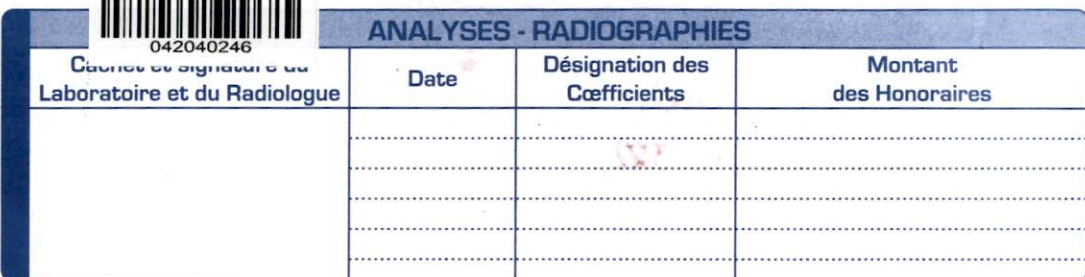
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11120
 Nom de l'adhérent(e) : LABYED
 Total des frais engagés : 414,30
 Date de dépôt :

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
2-9 DEC 2022	C	1	15000	<p>الدكتور عزالدين صبيحي</p> <p>Dr. AZ'EDDINE SABIHI</p> <p>Médecin Général</p> <p>Tel : 048.23.36.04</p> <p>CIN : 067.28.00.44</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY Khalil LOTFY Docteur en Pharmacie 14, Rue El Kawakwi Cité Dakhla - AGADIR Tél : 05 28 23 90 00	29/12/22	264,30
INPE Phcie Lotfy Agadir		



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

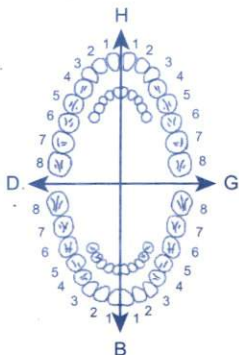
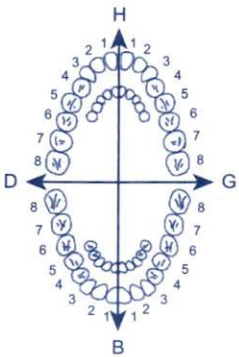
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

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													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عز الدين صبيحي

الطب العام

اخصائي في الصحة العمومية
(تولوز - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد
زنقة ربعة العدوية حي الداخلة - أكادير

الهاتف : 05 28 23 36 04

المحمول : 06 61 28 60 42

29 DEC 2022

أكادير، في

797
9 Azin 50 (18).
14 1735
3260
27. Brody (0,5 /) (18)
32 1405 /
2440
37. Coglex 100 (18)
69,00
49
40,90
57.
1770
67
264,30
29 DEC 2006
أكادير، في
PHARMACIE LOFFY
Khail Loffy
Docteur en Pharmacie
44 Rue El Kawakbi Cité Dekkha - AGADIR
Tél. : 06 28 23 90 69
Dr. AZ'EDDINE SABIHI
Médecin Général
Tél. : 048.23.35.04
GSM : 061.28.60.42

EFFERALGAN® vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 01/2025

LOT 1D067 2

20 comprimés effervescents

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 35

20 comprimés effervescents

DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**

x20

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

LOT: 220413
DLUO: 05/2025
69,00DH



Laboratoires Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

DociVox®

x20

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**

Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00142

Coquelusédal Paracétamol 500

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE

LOT 221218
EXP 04 2025
PPV 24,40 DH

ADULTES

12

suppositoires



Non remboursable



COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500
12 SUPPOSITOIRES ADULTES



6 118000 020363



AZIX[®] 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
sécatiles

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 07/25
LOT 12535



PPV (DH) : LOT : 201618
LOT N° : PER : 11 - 2023
UT. AV. : PPV : 32,60

AMM N° : 201/19DMP/21/NRQ



Broxyl[®]

Ambroxol

0,3%

Solution buvable