

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-696510

146950

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7062 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAD Miriam

Date de naissance : 12/11/1957

Adresse : Agadir

Tél. : 06 70 15 68 62 Total des frais engagés : 13100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2022

Nom et prénom du malade : MAAD MIRIAM Age : 65 ans

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

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 : Agadir Le : 10/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10/12/22				Dr. EL YAAGOURI Fatima-Zohra Médecin Interne CHU Hassan II - Agadir N° 04166048111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
042075028 Résidence Ouytil Sakar C Esmatidia hay Mohammedi Agadir 06 28 23 10 44 ZINEB	10/12/22	319,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

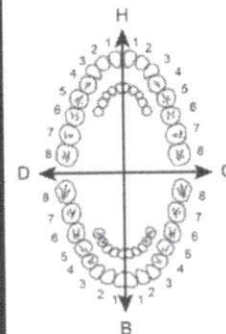
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

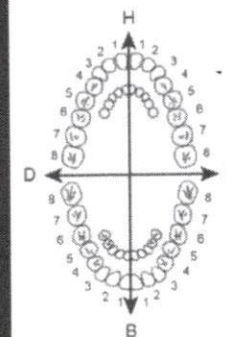
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Région Souss Massa

Délégation Agadir Ida Outanane

Centre Hospitalier Régional d'Agadir

Hassan II



ORDONNANCE

Maad Mugiann

1970

1) Zithroman 500 mg

52.00

2) smecta sach

60.00

3) enterogermina ampoule

44.80

4) carbonylone gellule

82.10

5) Inexium 20 mg

T = 319.00

042075028

10/12

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 92DH40
LOT : 22E037
PER. 03 2025
6 118000 011460
SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir brou el asoum roches
nairat casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640150MP/21/190
P.P.V : 92.10DH
020591
118001

Nom et Signature de Médecin

UT.AV. :

2 23

P.P.V.

LOT N° :

FM 1 19

79,70

27,50

LOT: 111

EXP: 06-2025

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE

Boîte de 48 gélules (24 doses)

PPV 44.80 DH



6 118001 070886

Enterogermina®

4 MILLIARDS/5 ml - 4 BILLION/5 ml

Suspension buvable/Oral suspension

Spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

Ne pas injecter/Do not inject



10 flacons de 5 ml - 10 vials of 5 ml



10 flacons de 5 ml
10 vials of 5 ml

Enterogermina®

4 MILLIARDS/5 ml - 4 BILLION/5 ml
Suspension buvable/Oral suspension

Spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes /

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

Voie orale
Oral use



SANOFI 

GTIN:
SN:

03582910074007
1239202CMFW6AG

Lot/Batch:

21058

Fab/Mfg:

04/2022

EXP:

03/2024



PHARMACIE ZINEB
HAY MOHAMMADI
RESIDANCE BAYTI C
TELE:0528231044

AGADIR LE:10/12/22

FACTURE N°35/2022

Mme MAAD MIRIAM

QNT	DESIGNATION	P.U	TOTAL
1	zithromax 500mg	79,70	79,70
1	smecta sachet	52,40	52,40
1	enterogermina	60,00	60,00
1	carbosylane	44,80	44,80
1	inexium 20mg	82,10	82,10
total ttc			319,00

cette présente facture est arrêtée à la somme de :

trois cent dix neuf dirhames

صيدلية زينب
Résidence bayti sakan C
av Errachidia-hay Mohammedi
Tél : 05 28 23 10 44
PHARMACIE ZINEB

PHARMACIE ZINEB HAY MOHAMMADI
N°PATENTE : 49277550

TELE: 05.28.23.10.44

ICE: 00 16 10005 000027

N°D'IDENTIFICATION FISCALE: 15 186 101

RIB:101 010 21211 8832256 00007 43