

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

M23-020239

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : 178183

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRISSI MBARR

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-020239

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

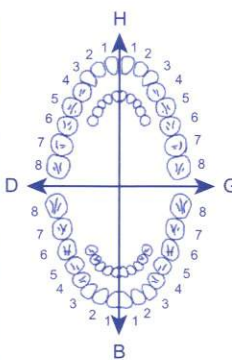
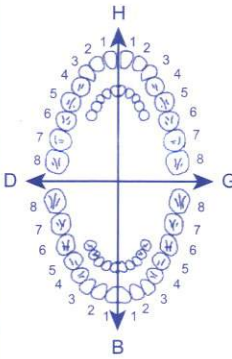
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.


Important :

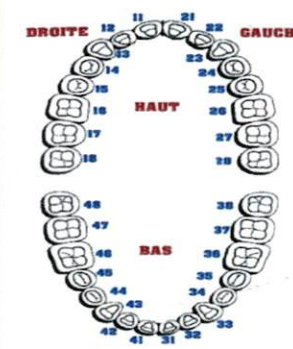
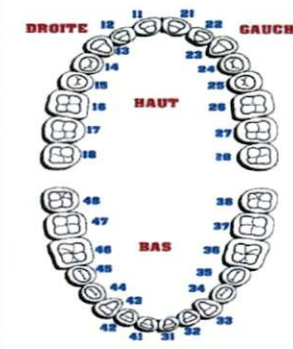
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom IDRISSE MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14		Signature de l'adhérent	
Fonction retraité		Matricule 3189			
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUACH		Age 01 / 01 / 1963		Date de la première visite / /	
Nature de la maladie. HTA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Signature et cachet du médecin			
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes 27 SEPT 2023		Nature des actes		Nombre de Coefficient C	
				Montant détaillé des Honoraires 100,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates 27/09/23		Montant de la facture 605,10			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Nombre AM PC IM IV			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		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 canaux, 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>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	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis													
				Fin de l'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant 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													
Cachet MUPRAS																	

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 بالمجمع الشريف للفوسفاط



SIDI IFNI, Le : 27/09/2023

ORDONNANCE

Mme : ABALAGH AOUICHA

- 1 ASPEGIC 1000**
1S 3F/J 10 JOURS
- 2 DOLIPRANE 1G**
1CP 3F/J 10 JOURS
- 3 KETODERME**
1 APP 2F/J 3 MOIS
- 4 NATRIXAM 1.5/5**
1CP/J 3 MOIS

2080

$$141 \times 2 = 282$$

$$47,3 \times 2 = 94,6$$

$$55,5 \times 4 = 222$$

$$18,7 \times 3 = 56,1$$

607,1

Dr. Abdelaziz BENHMID
Diabétologie Echographie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.96
Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BENMHAMMED
Tél : 05 28 87 66 96
Av. CAIRE - Sidi Ifni
INP : 042074161
ICE: 001231294000066

Dr. Abdelaziz BENHMID
Diabétologie Echographie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.96

LOT : 23E001
PER : 02 2026
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

LOT : 22E003
PER : 08 2025
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
5 118000 011590

LOT : 23E001
PER : 02 2026
TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V : 58DH70
6 118000 011590

14011124

6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124

6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124

6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124

6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

LOT : 22E027
PER : 12 2024

ASPEGIC 1G
SACHETS B10

P.P.V : 30DH80

6 118000 061083

LOT : 21E007V
PER : 06 2024

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 25DH30

6 118000 010920

LOT : 21E007V
PER : 06 2024

KETODERM 2%
CREME T 10G

P.P.V : 25DH30

6 118000 010920

Doliprane®

Paracétamol

10

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

PPV:14DH00
PER:04/26
LOT:M659

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972

Doliprane®

Paracétamol

10

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

PPV:14DH00
PER:04/26
LOT:M659

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

10 Comprimés sécables



6 118000 040972