

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0031280

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0770 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMRI Abdelham
Date de naissance : 24.10.41
Adresse : Lotis Charouit Colorado n°2
BP 6079 Val Fleuri TANGER
Tél. : 0662650895 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HADDAD HACHIMI Med.
Médecine Générale
63, Rue de Hollande N°1
Tél.: 05 39 93 85 05 - Tanger

Date de consultation : 23/01/2024
Nom et prénom du malade : BENNANI Amina Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Syndrome fébrile - en phase - Smil
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 : 15.02.2024
Signature de l'adhérent(e) : Tanger Le : 15/02/2024

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
23/01/2024	C1	1	200	63, Rue de Hollande N°1 Tél: 05 30 93 85 05 - Tanger HADDAD HACHIMI Med.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SARL AU 45 Sidi Anar Tanger CE: 02966025000040 INPE: 162054613	23.01.2024	345,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

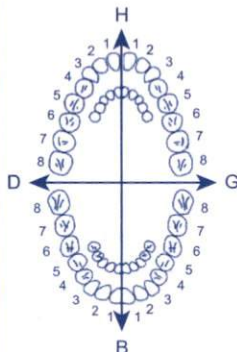
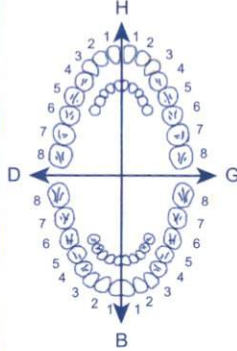
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[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

Dr. Mohammed HADDAD HACHIMI

MEDECINE GENERALE

63 Rue de Hollande N°1

Tel : 05 39 93 85 05

TANGER

الدكتور محمد الحداد الهاشمي

الطب العام

63 شارع هولندية رقم 1

الهاتف 05.39.93.85.05

طنجة

Nom : Bennani amina

Date : 23/01/2024

Pharmacie Souk Bkar
SARL AU
45 Sidi Aissa Tanger
ICE:002906025000040
INPE: 32054613

124.00

1/5] Soclav 1gr sachet : un(e) matin et soir QSP 8 jour(s)

LOT : 238050
PER: 09/25
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
6 118000 060901

15.70

2/5] Toplexil sirop : un(e) cas matin, midi et soir

20.00

3/5] Doligrippe sachets : un(e) matin et soir

21.60

4/5] Migralgine gélules : un(e) matin, midi et soir

PPV: 21DH50
PER: 09/25
LOT: M3313

8210X2

5/5] Inexium cp 20 : un(e) cp. le matin QSP un(e) mois

SYNTHEMEDIC
22 rue souk bkar al acoum roches
noires casablanca
INEXIUM
Cpr GR
20 mg
Boite 14
640150MP 21/ARQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

DR. HADDAD HACHIMI Med
63, Rue de Hollande N°1
Tél.: 05.39.93.85.05
Tanger

34540

SYNTHEMEDIC
22 rue Robert Brout au moulin roches
noires casablanca

INEXIUM

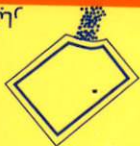
20 mg Cpr GR
Boite 14

640150MP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

PPV:20DH00
PER:11/26
LOT:M3782

الأنف



تحتفظ بالمنتجات
8 أشهر - 8 أشهر

هذه هي الطريقة الصحيحة لاستخدام الأنف

الأنف

زاد

بذلك



25/200/500 ملغ

تحتفظ بالمنتجات - 8 أشهر - 8 أشهر - 8 أشهر

دوستي

Socclay[®]

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

1 g/125 mg

16 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Adultes

124,00

☐ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR ☐ AVANT ☐ APRÈS



سوطيما
Sotihema

124,00