

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° P19- 058645

ND: 50356

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1573 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06.61.16.94.53 Total des frais engagés :

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 :

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 : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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

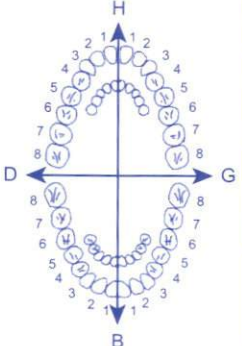
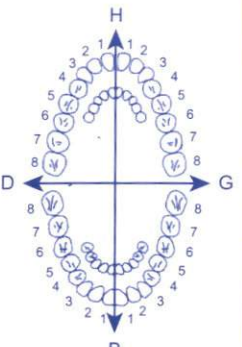
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-122542	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-122542

DATE DE DÉPÔT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle														
Nom & Prénom <u>Zergzoui Younes</u>																
Fonction :	Phones. <u>0661169453</u>															
Mail <u>Y.ZEG-ZOU.I@RoyalAirMaroc.com</u>																
MEDECIN	Prénom du patient <u>ZEGZOUIS Karam</u>															
Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐	Age <u>3 ans</u>	Date <u>17.02.2020</u>														
Nature de la maladie	Date 1ère visite															
<u>otite moyenne aigue gauche + rhinopharyngite</u>																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<u>consultation</u>		<u>200 DHS</u>														
INPE: 07 1185484																
PHARMACIE	Date <u>17/02/2020</u>															
Montant de la facture																
<u>270,20</u>																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX																
Date :																
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

Dr. CHRAÏBI KAADOUB Jalila
PHARMACIE KAADOUB
58 Imm. Ben Raiss Lot. A1 Ouhamde
Av. Prince My Abdellah - Marrakech
Tél. 05 24 44 85 55

Dr. ENNAIM'Naïma

Spécialiste en Pédiatrie et Néonatalogie
Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marrakech



عيادة طب الأطفال

الدكتورة النعيم نجمة
أخصائية في طب الأطفال والمواليد
خريجة كلية الطب بمراكش

Age = 3 ans 1 mois

Marrakech, le : 17-08-2020 : مراکش، في :

$I = 16 \text{ kg}$

Karam ZEGZOUTI

66, 10x2

① Zarnox sipap Enfant
1 box-pids $\times \frac{3}{5}$ pdt 8 jours

19.00

19,00
② Nussel ring Einf
A dre-pids x 4/5 in T₂ 38, 0C

28.10

Dr. CHRAÏBI KAADOUD Jalila
PHARMACIE KAADOUD
53 Icm. Ben Raiss Lot. Aliouhmade
Av. Prince My Abdellah Marrakech
Tél. 05 24 44 85 55

30 minutes
about 6 pages
review

9000 Ben Kaid
50100 My Abdellah
Av. Prince My Abdellah
Tél. 05 24 44 85 55

(4) Sheuman spray nasal
pulvérisation

270,20

Dr. CHRAÏBI KAADOUB JALILA
PHARMACIE KAADOUB
58 Imm. Ben Raiss Lot. Ali Ouhmade
Av. Prince My Abdellah Marrakech
Tél 05 24 44 85 55

ZAMOX® enfant

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

Poudre pour suspension buvable
en flacon



6 118000 041139

ZAMOX® enfant

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

Poudre pour suspension buvable
en flacon



6 118000 041139

Nurodol

enfants & adolescents

Flacon 200ml



6 118000 180715

VOGALÈNE® 0,1%

SOLUTION BUvable 150ML



6 118000 081050

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28, 10

0,1%[®] فوخالين

ميطوبيمازين

19, 80

66,10

12/18 660110

LOT 12/18 -PER 12/21

66,10

12/18 660110

LOT 12/18 -PER 12/21

104310/2

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C. 90,90 DH

STÉRIMAR™