

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.

Diagnostic 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

- 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° P19-0037205

ND-27656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR
 Date de naissance : 1951
 Adresse : 4 RUE GAGAIT OUSDA 60000
 Tél. : 0661604682 Total des frais engagés : 266,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2020
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037205

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 :

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
26/02/20	Consultation	01	150 DH	081097297 Docteur A. G. G. G. Médecine Générale du Ministère de Sport et de l'Éducation - OUJDA Tél: 05 30 85 70

Docteur An
Médecine Générale
du Médecine de Sport
Hav. Daflah - OUJDA
05 70 83 70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL JAHID Dr. El Marouf Badahbi 36, El Marouf Badahbi	26/02/2020	116,70

[illegible][illegible]

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou

[illegible]

DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction...)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profes...

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

28 Comprimés sécables
Voie orale

Alprazolam
Alprazolam

LOT 192013
EXP 09 202
PPV 35.7

35,70



Dr Ahmed TOUZANI
MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat

D.U Médecine de sport

Université de Rennes 1 - France

Echographie

Visite médicale pour permis de conduire



الدكتور أحمد التوزاني

الطب العام

كلية الطب و الصيدلة بالرباط

دبلوم جامعي في الطب الرياضي

جامعة رين 1 - فرنسا

الفحص بالصدى

الفحص الطبي لنيل رخصة السياقة

OUJDA Le, 26/02/2020

ORDONNANCE

Patient : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR (69 ANS)

35,70
1 - ALPRAZ COMPRIME À 0.5 MG

- 1/2 comprimé, 2 fois / jour, pendant 1 mois, (le soir au coucher)

2 - ALIVIAIR GELULE À 50 MG

- 1 gélule, 2 fois / jour, pendant 1 mois, (avt repas)

84,00
116,70

Docteur Ahmad TOUZANI
Médecine Générale
du Médecine de Sport
Hay Rjallah - OUJDA
Tel: 05 36 70 83 70

PHARMACIE AL JAHID
DR RAHMAN AL JAHID
14, Bd. de l'Industrie
Oujda - Maroc

الموعد القادم : 11 مارس 2020 Prochain RDV le : 11 mars 2020

Hay Rjallah, route d'Algérie, Imm. Kissi 2ème étage (Face à la zone industrielle) - OUJDA
حي الرجاء في الله، طريق الجزائر، عمارة قيسي، الطابق الثاني (قبالة الحي الصناعي) - وجدة
الهاتف : 05.36.70.83.70 Téléphone :

20 Gélules

ALIVIAR®
sulpiride

50 mg

IBERMA



ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250

0048 27,00

0048 27,00

11/11/11 11:11
11/11/11 11:11
11/11/11 11:11

0048 27,00

11/11/11 11:11
11/11/11 11:11
11/11/11 11:11