

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

- 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° W21-687584

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

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 :

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° W21-687584

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14
Fonction	retraité	Matricule	3189
Mail			

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient	Age	Date de la première visite
Nature de la maladie	Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐	
S'agit-il d'un accident Causes et circonstances		

RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
15/01/22			
24/01/22			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
15/01/22	135,-
24/01/22	165,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
15/01/22	Radios panoramiques	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

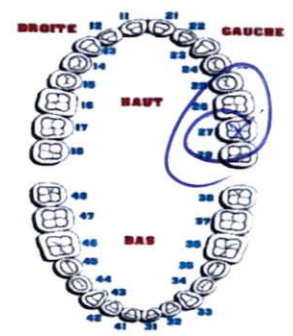
Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

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 travaux																		
	27	ortho	D																			
				Montant des soins																		
				150,00																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																		
	<table><tr><td>H</td><td></td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>D 00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr><tr><td></td><td>B</td><td></td></tr></table>			H			25533412		21433552	D 00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Montant des soins
H																						
25533412		21433552																				
D 00000000		00000000																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
	B																					
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																		
				Fin de 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	

Cabinet Orthodontie

Dr. Mohamed ELLOUXE
Doctorat en Medecine Dentaire
de la F.M.D Casablanca
Ex. Medecin au C.H.U. Ibn Rochd
Ex. Medecin au F.A.R

عيادة تقويم الأسنان

الدكتور محمد اللوكس
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
طبيب سابق بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

ORDONNANCE

Guelmim, Le: 24/07/22

Mr Rimi

IMBARK

1) Broche

2) Les 7

125

5 out/114 7

4) 170g

39/11

400

165

Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BENHAMMED
Tél : 06 28 87 66 96
Av. CAIRE - Sidi Ifni
INP : 042074161
ICE: 001231294600066

DR ELLOUXE Mohammed
Chirurgien Dentiste
Av Med VI. Imm 119. 1er Etage
Appart n°1 Guelmim
Tel: 0528.87.15.12

عمارة رقم 119، الطابق الأول شارع محمد السادس (طريق أكادير أمام المسجد الأعظم) كلميم
Imm, N°119, 1 Etage Av Med 6 (Rte d'Agadir en face de la Mosquée Aadam) Guelmim

Tél : 05.28.87.15.12

E-mail: ellouxe80@gmail.com

A.M.M. : 233 DMP/21/NNP

Molgam 200mg boîte de 20 comprimés



Composition :

Acide tiaprofénique200mg
Excipients q.s.pun comprimé

Respecter les doses prescrites

Liste II

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI Pharmacien Responsable

Molgam®

ACIDE TIAPROFENIQUE

LOT : 2620
UT. AV : 07-24
P.P.V : 40 DH 00

200 mg
20 comprimés

Anti-inflammatoire

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Boîte de 14 sachets
Amoxicilline + Acide clavulanique
BIOTIC® PLUS
1g/125 mg

ANTIBIOTIQUE

مضاد حيوي

بيوتيك® بلوس

أموكسيسيلين + حامض كلافلوانييك
1 غ / 125 ملغ

مسحوق لشراب معلق

14

للفة

لللكبار

LOT: J1385
PER: 05/23

شمالينيكما

BIOTIC® PLUS 1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 14 sachets - P.P.V. : 125,00 DH



6 118000 191025

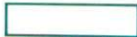
عن طريق الفم

A.M.M. : 233 DMP/21/NNP

Molgam 200mg boîte de 20 comprimés

Composition :

Acide-tiaprofénique200mg
Excipients q.s.p.....un comprimé



Respecter les doses prescrites

Liste II



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI Pharmacien Responsable

Molgam®

— ACIDE TIAPROFENIQUE

200 mg
20 comprimés

Anti-inflammatoire

LOT : 4024
UT. AV : 10-24
P.P.V : 40 DH 00

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Lot N°/Date Per. :

Boîte de 12 sachets

Amoxicilline + Acide clavulanique

1g/125 mg

BIOTIC® PLUS

ANTIBIOTIQUE

مضاد حيوي

بيوتيك® بلوس

أموكسيسيلين + حمض كلافلوانييك
1 غ / 125 ملغ

مسحوق لشراب معلق

12

لفيفة

للكبار

LOT: J1379

PER: 04/23

BIOTIC® PLUS 1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 12 sachets P.P.V. : 95,00 DH



شمالينيكما

عن طريق الفم

Cabinet Orthodontie

Dr. Mohamed ELLOUXE
Doctorat en Médecine Dentaire
de la F.M.D Casablanca
Ex. Médecin au C.H.U. Ibn Rochd
Ex. Médecin au F.A.R

عيادة تقويم الأسنان

الدكتور محمد اللوكس
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
طبيب سابق بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

ORDONNANCE

Guelmim, Le: 15 JAN 2022

EDRISSA

19/3/2022

1) Biohix plus 7g
7g 5ml/11ml 7

2) 190g 200g
5g/11

40g

13g

عمارة رقم 119، الطابق الأول شارع محمد السادس (طريق أكادير أمام المسجد الأعظم) كلميم
Imm, N°119, 1 Etage Av Med 6 (Rte d'Agadir en face de la Mosquée Aadam) Guelmim

Tél : 05.28.87.15.12

E-mail: ellouxe80@gmail.com

NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM DU MEDECIN :

Dr. ELLOUXE Mohammed

N° DE L'INPE : 034178350

N° DE L'ICE : 001710492000065

CNSS : 1463531

N° DE L'IF : 40141070

T.P : 49600952

Guelmim, Le

24/01/2022

الأسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسنان Signature et Cachet du Médecin Dentaire
27	Extraction				150,00 dh	
	Rachis panoramique				300,00 dh	

Montant global : 450,00 dh

Mode de paiement : Espèce



Chèque



Signature et Cachet



عمارة رقم 119، الطابق الأول شارع محمد السادس (طريق اكادير أمام المسجد الأعظم) كلميم

Imm N° 119, 1er étage Av Mohamed VI (Route Agadir en face de la Mosquée Aadam) Guelmim

Tél : 05,28,87,15,12

@ : ellouxe80@gmail.com