

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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° M20-

0004555

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGBURI M HAMED

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 8103 RUE 2 N° 39 AIT SAID AIT MELLUL

Tél. : 0665 637356 Total des frais engagés : * 761# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

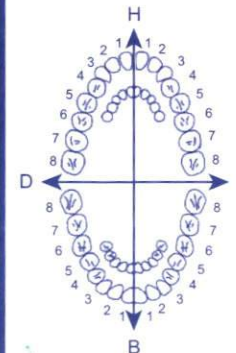
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carolaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

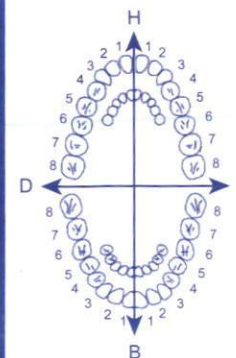
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE BILAL
ZBADI FATIMA ZAHRA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :241854
Date : 11/05/2022

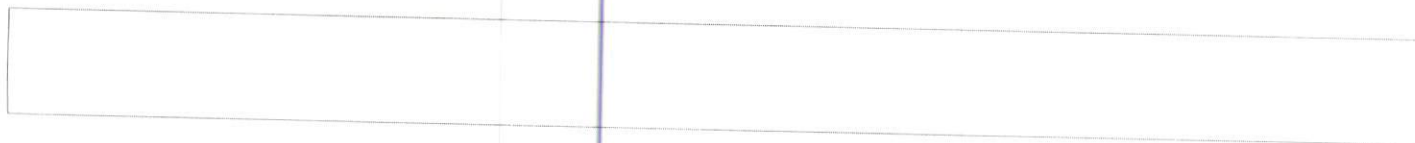
Client :
LAGBOUR MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
TRITAZIDE 10 MG/25MG / 28COMP	3	63.30	189.90
ASKARDIL 75 COMP DISP	3	22.40	67.20
AMAREL 2 MG 30 COMP	3	60.40	181.20
STAGID 100 COMP	3	107.60	322.80
Total TTC =			761.10



Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SEPT CENT-SOIXANTE-UN DHS 10 CTS

Bon rétablissement



ملغ 700

ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT 213487
EXP 01 2025
PPV 107.60

107,60



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



ملغ 700

ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT 213487
EXP 01 2025
PPV 107.60

107,60



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



ملغ 700

ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT 213487
EXP 01 2025
PPV 107.60

107,60



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



63,30



Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام الاغذية الدوائية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés



63,30



Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام الاغذية الدوائية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés



63,30



Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام الاغذية الدوائية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide® 10mg/25mg

28 Comprimés

