

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

ND: 33482
Déclaration de Maladie

N° P19- 065095

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAI Abdelbq

Date de naissance : 26.04.1987

Adresse : 117 AZULI SUD 40150 NARRAVETH

Tél. : 0601548270 Total des frais engagés : 368,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NANA Nina Age: 6

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 : 07/07/2020

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 |
|--|------------|-----------------------|
|  Pharmacie ELKACUI Dr. A. ELKACUI N° 773 - Marrakech | 24-03-2020 | 368,50 DH |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

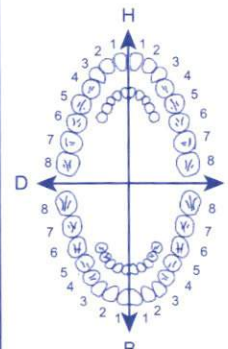
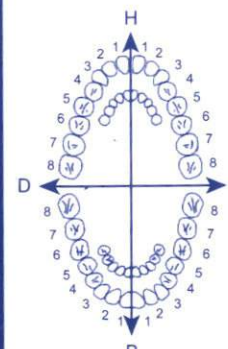
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canalaires, ainsi que le bilan

| 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 00000000 00000000 G 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



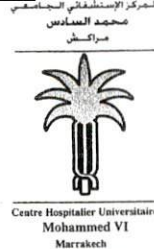
Service Universitaire Psychiatrique

Hôpital Ibn Nafis

C.H.U Mohammed VI de Marrakech

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Equipe de Recherche
Pour la Santé Mentale



chef de service :

Pr. ASRI Fatima

Marrakech, le 24/03

ORDONNANCE

M^{me} Maqmaa M^{me}

① Fénopet 20 mg cp
02 - 00 - 00

② Prozac ou Isopnd 1mg

58.30 x 200 - 01 - 00

③ Athymil 30 mg cp

57.30 x 00 - 00 - 1/2

④ Valium 100 mg cp
00 - 1/2 - 02

⑤ Meling cp
1cp x 21 J

M + R

368.50 06 me 15 2024

Hôpital Ibn Nafis

Cité Daoudiate, quartier Ametchich, CP : 502 - Marrakech

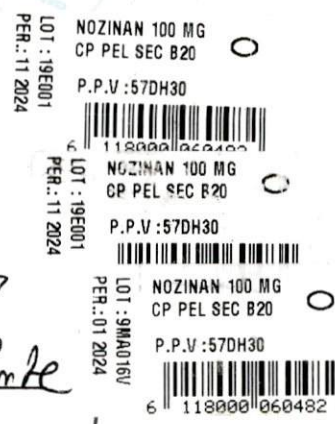
Tél : 05 24 29 04 53 Fax : 05 24 30 74 31

Traitement longue durée



Athymil® 30 mg
Comprimés pelliculés
sécables

Athymil® 30 mg
Comprimés pelliculés
sécables



NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



98,30

98,30

3746

3747

Marrakech, le : 07.07.2020 : مراکش، في :

Facture - N° : 280 Mga maq Mina

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | Prix Total |
|--|-------------|---------------|------------|
| 03 | No3inan 100 | 57.30 | 171.90 |
| 02 | Ashymil 4p | 98.30 | 196.60 |
| <p>صيدلية الإخلاص Pharmacie AL IKHLASSE ICE : 000511038000030 Patente : 47928960 - RC : 100140</p> <p>Arreter la presente facture à la somme de trois cent soixante huit dh et 50cts</p> | | TOTAL : | 368.50 |

Dossier ADS 119 06/08/95

A traverser pour remboursement

Pari