

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0037343

ND: 34001

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : Sam

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Mr T. Moulik

Date de naissance : 24/09/55

Adresse : RA 955

Tél : 0661 182101 Total des frais engagés : 2396 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : Thauik Rahoua Age : 1454

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur épaulé droite

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 : [Signature] Le : 10/7/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 GALAXY SANTE
Av Mohamed Belhassan El wazani Nahda 2
Rabat - Tél: 0537 63 60 56
E-mail: galaxy.sante@gmail.com

10 20 70 133

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

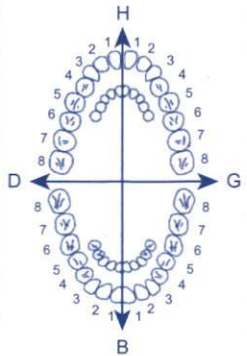
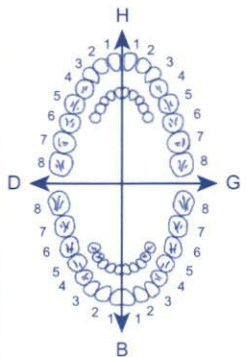
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5, Rue Soussa Appt.1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE

Diplômé de la Faculté de DIJON (France)

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)

جراح ملحق سابقا بمستشفى بون

جراحة الأجزاء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين
الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل
جراحة الأعصاب الدقيقة.

10 JUIN 2020

Rabat, le

PHARMACIE GALAXY SANTE
Av Mohamed Belhassen El wazani Nahda 2

Rabat - Tél: 0537 63 60 56

E-mail: galaxysante@gmail.com

Mouik Nohamed

87,40 - Alexia 15mg 14/15 après
94,00 Hydoflex 1gpc 2/5 paltro
15,00 Zandoflex 2gpc 2/5 à
douleur

PHAR.

Av Mohamed belhassen

Rabat

E-mail

196,40 DH

DOCTEUR Rachid NAZIH
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
U.S. Rue Soussa Appt.1
Rabat

INP : 101115491 IF : 34101703 IP : 25109846

PANALGIC[®] 500 mg/50 mg

Paracétamol - Caféine

16 Comprimés
Voie orale

Antalgique - Antipyrétique

15,00

L. 01
1. 02
F. 03

1. 01 7. 00
2. 01 7. 01
1. 01 7. 00





MYDOFLEX®
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

 LABATEC



15 ملغ
20 قرصا قابل للكم

عن طريق الفم



میلوکسیکام

ALOXIA® 15 mg

20 comprimés sécables



6 118000 022763



04148