

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-517756

W0230

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9946

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

NEJJARI

HALIMA

Date de naissance :

1970

Adresse :

181 Cité AL BARID HAY NAHDA 1 RABAT

Tél. :

0670276244

Total des frais engagés : 765 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI
diplômé d'Echographie Générale
Médecin Général
SOS Médecin : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, App. 10, Océan - RABAT
Tel : 05 27 20 30 35

Date de consultation :

03-07-2020

Nom et prénom du malade :

Neyjari Halima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Cégeant

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie atopique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous huis-clos 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 : 03-07-2020

Signature de l'adhérent(e) :

Neyjari Halima

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-517756

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 :

9946

Nom de l'adhérent(e) :

NEJJARI Halima

Total des frais engagés :

765 - Dhs

Date de dépôt :

RELEVE 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
3.7 2020	C	01	150,00	IN 01005437

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAMENTA HASSANIA Dr FATHIMA OUSSAID Evidence Nakhil N° 001803703000033	31/7/2022	615,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

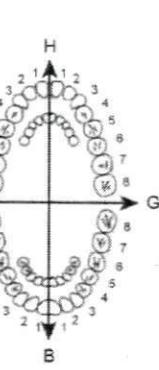
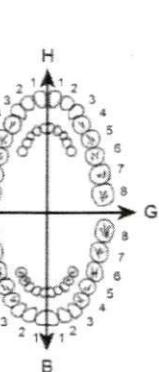
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552															
			00000000	00000000															
		D	00000000	00000000															
			35533411	11433553															
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echo graphie Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux
Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10
Océan - RABAT
Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35
GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي سروفي
الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبر محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الاسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمار 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

الرباط، في ٢٠٢٠- Rabat, le ٢٠٢٠-

ID : 634039

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
6 118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

250 microgrammes / 50 microgrammes par dose

SERETIDE Disques

250 microgrammes par dose
/ 50 microgrammes

SERETIDE Disksus
propionate de fluticasone / salmétrolol

Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTEME NON RECHARGEABLE



COMPOSITION :

Loratadine (DCI) 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose
Cet étui contient 15 comprimés dosés à 10 mg, soit 150 mg de Loratadine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Lorix® 10 mg

15 comprimés



6 118000 280279

LOT:19105 PER:08/2022
PPU: 40,00 DH

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

voie orale

Lorix®
loratadine 10 mg

15 comprimés

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



58,40

احترم المقاييس المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



COMPOSITION :

Loratadine (DCI) 10 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose

Cet étui contient 15 comprimés dosés à 10 mg, soit 150 mg de Loratadine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Lorix® 10 mg 

15 comprimés



6 118000 280279

LOT:19105 PER:08/2022
PPU: 40,00 DH

Laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

voie orale

Lorix®
loratadine 10 mg

15 comprimés

ALFATIL® 500 mg

CEFACLOR (Monohydrate)

LOT 190973

EXP 04 22

PPV 167.50 DH

12/12

12 Comprimés
dispersibles