

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° W19-458083

ND: 41734

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 900 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUVE
 Nom & Prénom : MAOUD HAFIDA
 Date de naissance : 12/07/1960
 Adresse : BLOC E8 NR 53 CITÉ DAKHLA AGADIR
 Tél. : Total des frais engagés : 269,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29/06/2020
 Nom et prénom du malade : MAOUD HAFIDA
 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 : AGADIR Le : 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458083

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 : 900
 Nom de l'adhérent(e) : MAOUD
 Total des frais engagés : 269,20
 Date de dépôt : 29/06/2020

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
23/16/2020	C		150911	INF : 04h 86 h 1116 Nr. Khadija BEN HOUMAI Médecine Générale Diplôme de Diabétologie et Diplôme d'Echographie Générale Diplôme de Gynécologie Médicale

Dr. Khadija BEN HOUMAI
Médecine Générale
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Echographie Générale
et Diplôme de Gynécologie Médicale
Tél. 028 22 07 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie EL. MCHARI Av. M. Hassan Ier N° 5 Dakhla - AGADIR Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65</p>	29/06/20	119.20

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

[illegible]

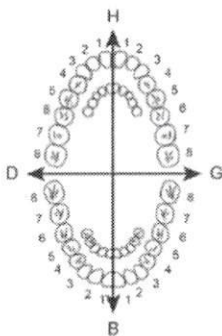
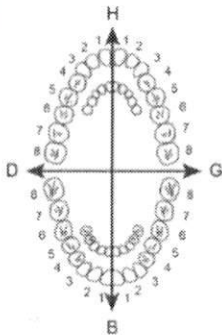
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

• 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
				MONTANTS DES SOINS 							
				DEBUT D'EXECUTION 							
				FIN D'EXECUTION 							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000300</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>				25533412	21433552	00000300	00000000	00000000	00000000	35533411
	25533412	21433552									
	00000300	00000000									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
				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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija BEN HOUMaida

Médecine Générale

Diplôme de Diabétologie et

Diplôme d'Echographie Générale

de la Faculté de Médecine de

Montpellier (France)

Diplôme de Gynécologie Médicale

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

الدكتورة خديجة بن حميدة

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

ودبلوم الفحص بالصدى الصوتي

من كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

دبلوم أمراض النساء

من كلية الطب بسترابزوغ

أكادير، في : 29/6/2020 Agadir, le :

M^{re} MAOUD. HARIDA

18.30

⊙ cloprame

Pharmacie EL MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

1/4 d'he

avant les repas

48.50

⊙ riberal 50

1/4 - 2/15

au mi lieu des repas

12.40

Pharmacie EL MGHARI
Av. My Hassan 1er
N° 5 Dakhla - AGADIR
Tél: 0528 29 97 64 - Tél/Fax: 0528 23 97 65

1/2 d'he

les repas

ST

Dr. Khadija BEN HOUMaida
Médecine Générale
Diplôme de Diabétologie et
Diplôme d'Echographie Générale
et Diplôme de Gynécologie Médicale
Tél: 0528 22 07 44

شارع الحنصالي خيام 2 رقم 60 بلوك (س) - الهاتف 05.28.22.07.44 - أكادير

Av. Hansali - Khiam II N° 60 Bloc C - Tél : 05.28.22.07.44 - Agadir

MS

LOT : 9MA582
PER : 02 2022

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V : 62DH40



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

Composition par comprimé :

Ornidazole (DCI).....500 mg

Excipients q.s.p1 Comprimé

Tibéral® 500 mg



10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT : 19041 PER : 04/2024
PPV : 48,50 DH

PPV 18DH30

EXP 11
LOT 80

CLOPRAN

Solution buvable