

# 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.

## 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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

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° P19- 064305

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : 45208

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRissi MBARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668320114 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 0668320114 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064305

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 :

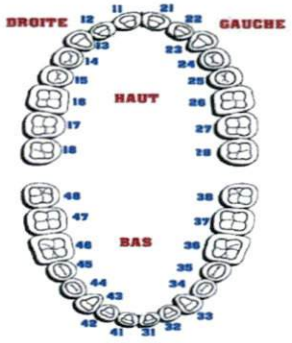

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<b>FEUILLE DE SOIN N°</b> <b>W</b>		<b>DATE DE DEPOT</b>	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>					
NOM & Prénom : <b>IDRISSI MBARK</b>		Téléphone : <b>06.68.32.01.14</b>		Signature de l'adhérent	
Fonction : <b>retraité</b>		Matricule : <b>3189</b>			
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>					
NOM & Prénom du patient : <b>ABALAGH AOUIACH</b>		Age : <b>01/ 01 / 1963</b>		Date de la première visite : / /	
Nature de la maladie : <b>HTA</b>		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		Signature du Médecin Généraliste <b>Dr. Abdelqaziz BEN MUR</b> N° 02784 du Collège des Médecins FATHI EL KHAYAT	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
<b>RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN</b>					
Dates des actes : <b>01.09.21</b>		Nature des actes :		Nombre de Coefficient : <b>C</b>	
				Montant détaillé des Honoraires : <b>150,00</b>	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>					
Dates : <b>01/09/2022</b>		Montant de la facture : <b>691,1-</b>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>					
Dates :		Désignation des Coefficients :		Montant détaillé des Honoraires :	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>					
Dates :		Nombre :			
		AM PC IM IV			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					

<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>																	
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
					<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>	
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		00000000	00000000														
35533411	11433553																
B																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>															
		<b>Fin de l'exécution</b> <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														
<b>VOLET ADHERENT</b>																	
NOM du Patient :			DECLARATION N°														
			<b>W</b>														
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes														
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>														

**Dr. Abdelaziz BENHMID**

**Médecine Générale  
Échographie**

Du De Diabétologie à L'université Paris 13  
Ancien Médecin chef au ministère de la santé  
Ancien Médecin du groupe OCP



**الدكتور عبد العزيز بنحميد**

**الطب العام  
الفحص بالصدى**

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13  
طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة  
طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le :

01.09.22

سيدي إفني, في :

Nom et Prénom :

Abela Gu

A Ouirupa

Pharmacie AL OUAFAI  
Dr. D. BENHMID  
Tél : 05.28.87.59.96  
ICE 001231294000033  
RDV Le : 09/09/22

Tenir mini  
1 sep.  
Phede x  
1 sep.



sy nvis

BENHMID  
Médecine Générale  
N° 02 Bd. du Caire  
FATH - SIDI IFNI



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج  
تينورمين  
أينورمين

٨٣,١٥



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج  
تينورمين  
أينبول

٨٣,١٥



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج  
تينورمين  
أينبول

٨٣,١٥



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج  
تينورمين  
أينبول

٨٣,١٥



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج  
تينورمين  
أينبول

٨٣,١٥





30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Im. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20100 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

المدّة 1.5 ساعة

**LP** <sup>®</sup> **فلوكسي**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفية طبية

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المقررة

1  
2  
D A N

06187



30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Im. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20100 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

المدّة 1.5 ساعة

**LP** <sup>®</sup> **فلوكسي**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المقررة

1  
2  
D A N

06,187



30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Im. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20100 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

المدّة 1.5 ساعة

**LP** <sup>®</sup> **فلوكسي**

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المقررة

1  
2  
D A N

06,187



30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Im. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20100 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد

المدى 1.5 ملغ

**LP** <sup>®</sup> فلو ديكس

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المقررة

1  
2  
D A N

06,187