

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.

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

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- 064038

ND: ~~41755~~ 46755
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Med R Qui Equ
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : R Qui Equ 7ed 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064038

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).

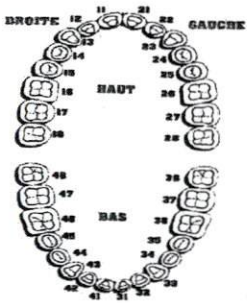
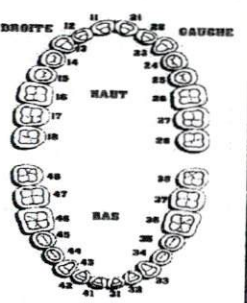
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
														
														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

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

W18-141911

DATE DE DEPOT

04/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	2135
Nom & Prénom		M. Mohamed RGUIEGU	
Fonction		Retraité	
Phones		0536501309	
Mail		HA/ELANDALOUS B. M. BOUHLALI 8200	
MEDECIN		Prénom du patient RGUIEGU Mohamed	
Adhérent		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	
Age		15.12.50	
Nature de la maladie		Date 03 NOV 2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C1		C1	100
PHARMACIE		Date 03/11/2020	
Montant de la facture		23690	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ACCUEIL

Pharmacie AL HIRAKA
Mme Naïma BENALI
Docteur en Pharmacie
10000 - 36 50 60 85 - OUJDA
Tél. : 0536501309

INPE : 082005455

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de

l'Université Montpellier en France



الدكتور ورمشي عبد الكريم

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الفحص بالصدى
من جامعة مونتيليه بفرنسا

وجدة في : 03 NOV 2020 Oujda le

Mr RGUIEGUI Mohammed

44,20 x 2 = 88,40

Difal some (1s)

64,50

1cp x 36 (026)

pour

DINDA some (016) (1s)

84,00

1cp x 36

Allerg some (006) (1s)

1cp.

236,00

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naïma BENLALI
Distributeur en Pharmacie
1, Rue Sanabli - Hay Andalous
Tél. : 05 36 50 60 65 - Oujda
N°PE : 02202020

الهاتف : 05 36 50 37 09 Tél :

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous Oujda

العنوان : 2, زقة محمد زغراوي, طريق سيدي يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس, وجدة

الدكتور ورمشي عبد الكريم
طبيب عام شريج كلية الطب بالرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
من جامعة مونتيليه بفرنسا
2 زقة الزغراوي طريق سيدي يحيى وجدة
الهاتف : 05 36 50 37 09

Di-INDO® 25 mg

30 comprimés dispe

PPV 64DH50

EXP 09/2021
LOT 91018 1

LOT : 200271
UT AV : 02/2023
PPV : 84,000H

UT AV :

LOT N° :

:(HD) Add

Di-INDO® 25 mg
30 comprimés dispersibles



6 118000 031307

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349