

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-432694

ND: 50855

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : DAKACH MED NAKIB
 Date de naissance : 02/06/1953
 Adresse : BDC 88 NR 4 MAISON NR 99
 CITE DAKHLA AGADIR
 Tél. : 0661323124 Total des frais engagés : 731,20 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 : AGADIR Le : 11 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-432694

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 : 1853
 Nom de l'adhérent(e) : DAKACH
 Total des frais engagés : 731,20 Dhs
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/80	731,20

[illegible][illegible]

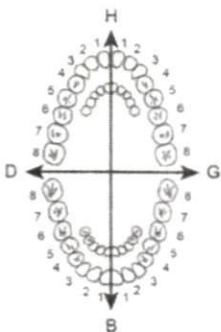
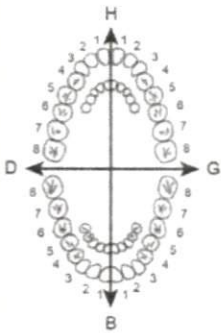
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 25533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433662 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONAN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25539412	21433552	
00000000	00000000	
<hr/>		G
00000000	00000000	
35539411	11433553	
B		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيغا
Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي
مرض السكر - الكولسترول - السمنة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycemie =

547
23 MAI 2019

Agadir, le :

Mr. Hadjoui
Saïda
- levothyrox 50 = 1
- levothyrox 25 = 1
- loutus Splentis.

25. u.

- Navarpid flexper.
10. u. matin
12. u. midi
12. u. soir

- bipeter x 5 / 1.25
2 - j

- unelf 1 mg

- Karsur 75

- D. Cure 25000
1 amp / 10 jours

1. عمارة گرمان - شارع 29 فبراير - تالبورجت - أكادير الهاتف : 05.28.84.41.23
Imm.Guermane1 - Rue 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 41 23

د. محمد بيغا
Docteur Mohamed BIGA
Spécialiste - Endocrinologue -
Agadir - Tél. 05 28 84 41 23

Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيغا
Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي
مرض السكر - الكولسترول - السمينة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycemie =

31 DEC. 2019

Agadir, le :

Mme Hadjoni
Saïda

Q-P3y

Nixt-3044

30.4 - m'h
15.4 - m'h

182.80 20.45

Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tel: 05 28 84 41 23

10/2.5 = 1 - 0 - 0
Bipreterax 5/12 n° 03 1/1

leusthrox 50 = 1

leusthrox 25 = 1

4x12.20

Unalp 1/1

MO.10

4x30.70

C = cit VIK D3

99.00 K antenic 75 = 0 - 2 - 0

Magnime = 1/1

Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue -
1, Av. 29 Février TALBORJT - AGADIR
Tel: 05 28 84 41 23

1. عمارة گرمان - شارع 29 فبراير - تالبورجت - أكادير الهاتف : 05.28.84.41.23
Guermane1 - Rue 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 41 23

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI

61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



DR LAMIA OUSSEHIR
DOCTEUR EN PHARMACIE
ICE 000505403000079

R.C :40224

T.V.A :IF 75768391

Banque:

Tél :0528-22-01-45

Patente:48145480

C.N.S.S:6554382

Le 13/11/2020

FACTURE N°219403

HADIANI SAIDA

Désignation	Quantité	PPM	Total
BIPRETERAX CP	4	182,80	731,20
Total =			731,20

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Trente Un Dirhams et 20 centimes.

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés
Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés
Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés
Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



182,80

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés
Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



182,80