

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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° P19- 065121
5 5098

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : R.A.N

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAH ABDELRAHMAN

Date de naissance : 26.04.79

Adresse : 1117 AZLI SUN NARRAUECH

Tél : 0601548270 Total des frais engagés : 667,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAAMAA Dina Age : 60

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 : R.N. Le : 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



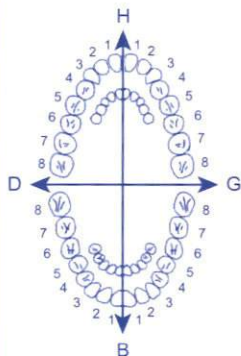
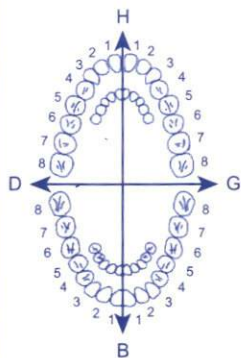
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>							DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>							DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				

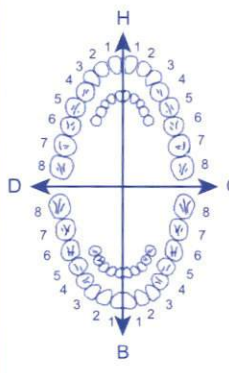
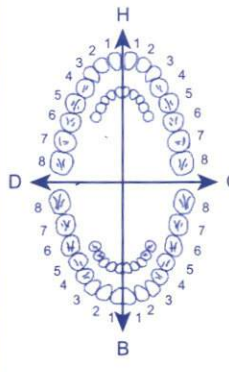
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>D<div>G</div></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
					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'EXECUT

Marrakech, le : 09-07-2021 : مراكش، في :

Facture - N° : 288

FR MAAMAA Nina

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
02	Fluoxet 20 mg	180,00	360,00
01	Athymil L	98,30	98,30
03	Noginan 100	57,30	171,90
01	Ly sanxia 9H	37,60	37,60
Arreter la presente facture à la somme de six cent soixante sept DHS et quatre vingt ct		TOTAL :	667,80

صيدلية الإخلاص
Pharmacie AL IKHLASSE
ICE : 000511038000030
Patente : 47928960 - RC : 100140

03/03/21

45

!!

Fluoxet 20 mg
30 gélules

202286
10 2023
180.00

LOT 202286
EXP 10 2023
PPV 180.00

189120,0008119



Fluoxet 20 mg
30 gélules



Pr.Ag. MANO
Pr.Ag. ADAT
118000 080763

LOT 200816
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

ersitaire Psychiatrique

Ibn Nafis
med VI de Marrakech
e et de Pharmacie de Marrakech

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

Marrakech, le 08.12.2020

ORDONNANCE

Mme. Ming Mao-mao

xet 20

02 - 00 - 00

2) Atty mil 30

5730 x3 00 - 00 - 0

31 Nozi 100

2750 00 - 1/2 - 01

41 Lysanxia goutte 15

664.80 00 - 00 15 goutte

+ RDV : 3

C IS Dr. Fahri

Hôpital Ibn Nafis, SUP

Marakech, quartier Amerchich. BP : 502 - Marrakech

Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31

MEKKA OUI AL IKHLASSE
N° 773, Azli Sud - Marrakech
Tél : 05 24 34 56 34
N° 773, Azli Sud - Marrakech
Tél : 05 24 34 56 34
N° 773, Azli Sud - Marrakech
Tél : 05 24 34 56 34

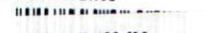
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



Lysanxia
15 mg/ml

Flacon de 20 ml



118000 250296

PHARMACIE AL IKHLASSE
MEKKA OUI AOUATIF

Docteur en Pharmacie
N° 773, Azli Sud - Marrakech

Tél : 05 24 34 56 34

Dr. Fahri
Résidente en psychiatrie
Hôpital Ibn Nafis
Marrakech