

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° W19-545141

N°: 32354

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAHALIAHIA MUSTAPHA
 Date de naissance : 01-01-1954
 Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY FISSTIR (2)
 Tél. : 0633 793855 BERRECHID
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2020
 Nom et prénom du malade : KHALIAHIA MUSTAPHA Age : 66 ans
 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 : DAROVA Le : 24/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-545141

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 : 4217
 Nom de l'adhérent(e) : KAHALIAHIA
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE NAJAH SANTÉ</p> <p>BOUKENTER NAJAH</p> <p>156 B. EL KHAYMA</p> <p>Hammed V</p> <p>berrechid</p> <p>SM : 09 22 33 74 04</p>	23.06.20	297,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

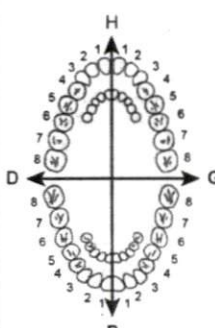
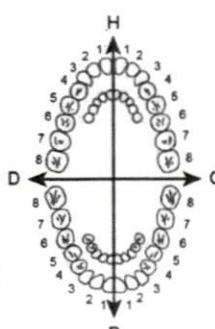
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 : <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-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. BOUABID Abdelhakim

الدكتور بوعبيد عبد الحكيم

- Spécialiste en ORL et Chirurgie :

Cervico - Maxillo - Faciale

- Exploration Endoscopique

- Exploration Vertige et Surdité

- إختصاصي :

- أمراض و جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة

- جراحة الوجه و العنق و حساسية الأنف

- اختبارات الدوخة و وظائف السمع

- الفحص بالمنظار و المجهر



061126140

Berrechid le : 23/01/2020

Kalashir

Mastoplas

85,000 x 2

17000

Alouge

rep. 31 j 15



53,000

Docteur

rep. 31 j 15



37,000 x 2

24000

Duoxal

rep. 31 j 15



rep. 31 j 15

297,000

PHARMACIE NAJAH SANTE
BOUKENTER NAJAH
156 Bd Mohammed V
Berrechid
Tél : 05 22 32 64 60

PHARMACIE NAJAH SANTE
BOUKENTER NAJAH
156 Bd Mohammed V
Berrechid
Tél : 05 22 32 64 60

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

96, Résidence amine rue allal ben abdallah - برشيد - إقامة أمين، زنقة علال بن عبد الله - برشيد

Tél.: 05 22 32 64 60 / I.F.: 14445762 / Patente : 40706375

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH



BUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
عقبة من 20 قرصا

37 34

LOT 199087
EXP 09/22
PPV 85DH00

أفريك - فار

LOT: 199088 EXP: 09/22
PPV: 85DH00

21

21

21