

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
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.
Prescription :

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 059100

NID: 39401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Noureddine - Nakhite

Date de naissance : 08-08-1963

Adresse : Bloc 60 N°63 Sidi Othmane CASA

Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 35720 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AKKAD Mhamed
Médecine Générale
N°61, Bd 10 Mars Matrouka
Casa, Tél/Fax: 0522 38 62 27

Date de consultation : 4/9/2020

Nom et prénom du malade : NAKHIT FATIHA ZAHRA Age: 14/02/2006

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Staphylococcie de la peau

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 : CASA Le : 24/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 - 5ème 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1/9/20 | S | | 1.600 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 04/09/2020 | 357.20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

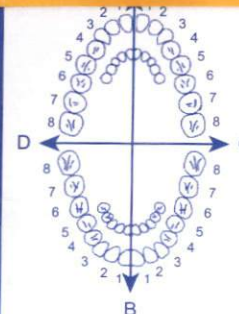
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

LOT :
A consommer de préférence avant fin: 043 10/2021

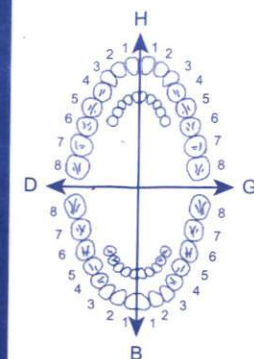
PPC 125,00 DH

4787126

ACL 478 712.6



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Eosin
Sta
DERMA

30,80

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

32,00

Clartec 10mg
boîte de 15 comprimés



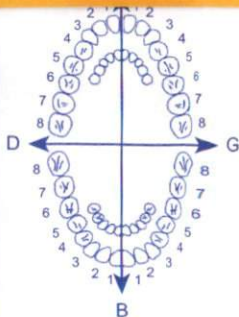
4787126

ACL 478712.6

LOT :
A consommer de
préférence avant fin:

043
10/2021

PPC 125,00 DH



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2% pommade
Tube de 15 g



6 118000 120575



LCT
EX
0010350
05/2025

EOSINE
Stabilisée

DERMA SOIN
SPRAY

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

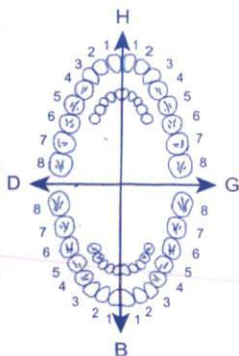
FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Dr. AKKAD M'hamed

Médecine Générale

Bd 10 Mars 1982 N°61, 1^{er} Étage À Côté Du

Café Al Haouzia Mabrouka - Casa

Visite Enfant - Femme - Homme

Visite À Domicile

E-mail: docakkadmhamed@gmail.com



الدكتور العقاد محمد

الطب العام

الطابق الأول (قرب مقهى الحوزية)

مبروكة - البيضاء

علاج الأطفال - النساء - الرجال

الفحص في المنزل

الهاتف: 05 22 38 62 27

Ordonnance

4/9/20

Dr. AKKAD M'hamed
Médecine Générale
N°61, Bd 10 Mars 1982
Casa, Tel/Fax: 05 22 38 62 27

MAEUIT Fatima

9080
39.70 x 2

① PETALIN



② Fucidine (100g x 2)



30.50
③

Eosine Aque



32.00
④

CLARTEC



Dr. AKKAD M'hamed
Médecine Générale
N°61, Bd 10 Mars 1982
Casa, Tel/Fax: 05 22 38 62 27

125/2

(5)

ISOX AW



357.20

My: + 1 verre Jean

Dr. AKKAD Mhamed
Médecine Générale
N°61, Bd 10 Mars Mabrouka
Casa, Tél/Fax: 0522 38 62 27

