

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

- Reclamation : 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 - Tel : 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° W19-558179

43357

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04921

Société : RMI

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADNANE Mohamed

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : 17 Bd la Résistance Berrechid

Tél. : 06 68 44 87 25

Total des frais engagés : 200 + 365,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/2020

Nom et prénom du malade : ADNANE YASSER

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 2 mal OCUL RENTOCULAIRES

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 30

/ 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-558179

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 04921

Nom de l'adhérent(e) : ADNANE

Total des frais engagés : 565,40

Date de dépôt : 01-09-2020

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
24/08/2022	2	2003H	INP : 462463054	Dr. ISSAM BOUTEJAT Angle Rue Moukrouma et Bouedja Mét 5, 1er Etage - Bérrerich

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26-08-2022 365.40

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

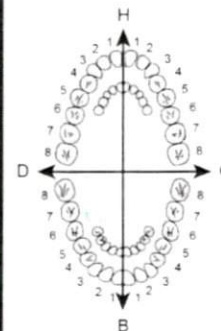
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

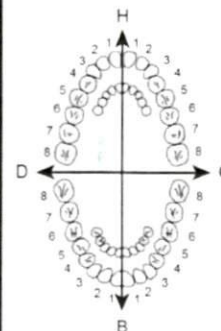
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION


[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

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité, Acouphène,
Roufflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي
أمراض جراحة الأذن - الأنف
الحنجرة - العنق والوجه
الدوخة الصمم - رنين الأذن
الشخير - اضطراب الصوت

DATE : 24/08/2020

Yasser Adnan

83. 20 d 2 = 166, 60

1. Spectra 60 (S.V.)
1/2 21/7 1/2

40. 20

20

I Solus 2mg (S.V.)
3/4 1/2 1/2 4/8

75. 20

30

NAZAR (S.V.)

2/4 1/2 1/2 1/2 1/2

84. 20

40

AMER - 2

تجربة 1، زاوية مارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابت حي الزهراء - برشيد

Lot 1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID

Tél.: 05 22 32 57 57

NAZAIR® 50pg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 100 doses



6 118001 101269

SPECTRUM 500 mg
10 comprimés



6 118000 081456

LOT: GA91192
PER: 11/2/21
PPV: 75 DH 00

LOT 200281
EXP 03/12/23
PPV 833.200H

Sans
PPV

Spectrum® 500 mg
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081456

ISOLONE 20 mg
20 comprimés enrobés

AMM N° 57/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021445

LOT 201271
EXP 05 2022
PPV 40.00 DH

ALER-Z® 500 mg
28 comprimés pellicules sécables



6 118000 081951

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

LOT N°:
UT AV:

PPV (DH)