

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-723023

433221

19/11/2022

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11919 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DINIA RACHID

Date de naissance : 18/11/1948

Adresse : Rue Mohamed Belhassen EL OUAZZANI

Res. LOTIA BC Abdel Abdel

Tél. : 0661 409641 Total des frais engagés : 1129,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. Souad SOUFANI
Hépatogastro-Enterologue
3, Av. Amir My Abdallah
Tél: 73.66.89 / 90

Cachet du médecin :

Date de consultation : 5/9/2022

Nom et prénom du malade : DINIA RACHID Age : 1948

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

Nature de la maladie : Poursuite Hépatogastro-Enterologie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 27/09/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-723023

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
5/19/92	G	1	300,000/d	
5/19/92	Recto	1	150,000/d	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>Dr. HANAFI ELHARIM (ép. BELMAHI) 2, Rue Tonkin, 101, Madagascar Tél: 05 37 72 26 50 INPE: 102014552</p>	<p>Date</p> <p>05.09.2014</p> <p>Montant de la Facture</p> <p>679,50</p>

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

[illegible]

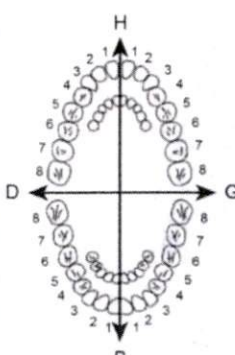
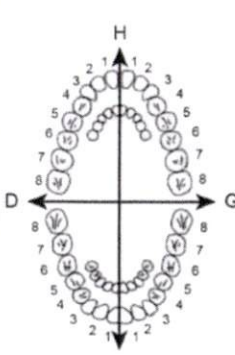
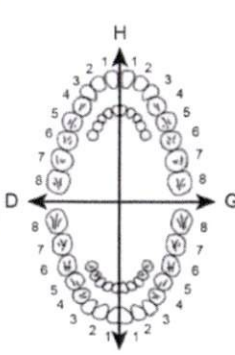
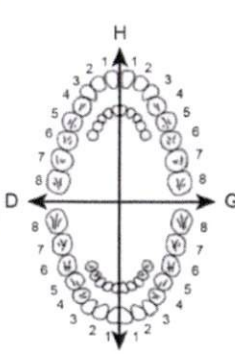
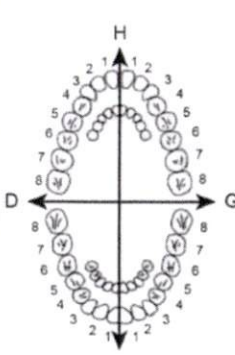
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'

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 DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 																																																																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="10">H</td></tr> <tr> <td colspan="5">25533412</td> <td colspan="5">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="5">00000000</td> <td colspan="5">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="5">D</td> <td colspan="5">G</td> </tr> <tr> <td colspan="5">00000000</td> <td colspan="5">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="5">35533411</td> <td colspan="5">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="10">B</td></tr> </table>				H										25533412					21433552					00000000					00000000					D					G					00000000					00000000					35533411					11433553					B									
	H																																																																									
	25533412					21433552																																																																				
	00000000					00000000																																																																				
	D					G																																																																				
	00000000					00000000																																																																				
	35533411					11433553																																																																				
	B																																																																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 																																																																						
				DATE DE L'EXECUTION 																																																																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CABINET D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr Souad SOUFIANI

*Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif et de l'Anus
Endoscopie - Echographie Digestive
Ancienne Attachée d'Echographie et d'Endoscopie
Digestive au CHU Ibn Sina*



الدكتورة سعاد السفياني

اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي والبيواسر
ملحقة سابقا في الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
والفحص بالموج فوق الصوتية بمستشفى ابن سينا

الرباط، في 5/10/92

Rabat, le 5/10/92
Tél.: 0537 73 66 89 - GSM: 0639 00 19 46
Dr Souad SOUFIANI
Hépatologie - Gastro - Entérologie
3 Av. Amir My Abdellah - Rabat
INF: 101130789

- Examen Proctologique =

- Hémorroïdes Hémorroïdaux
externes

- Hémorroïdes internes fr II.

Dr. Souad SOUFIANI
Hépatologie - Gastro - Entérologie
3 Av. Amir My Abdellah - Rabat
INF : 101130789
Tél : 0537 73 66 89 - GSM : 0639 00 19 46

DOCTEUR **SOUAD SOUFIANI**

**SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF ET DE L'ANUS**
Endoscopie-échographie Digestive
Ancienne Attachée D'échographie et
D'endoscopie Digestive Du C HU Ibn Sina

Facture

MR DINIA RACHID
101130789
LE 5/9/2022

-
- | | |
|--|------------|
| - Consultation spécialiste | : 300.00DH |
| - Rectoscopie | :150.00DH |
| - Arrêt de la présente facture à la Somme de | :450.00DH |

Dr. Souad SOUFIANI
Hépat - Gastro - Entérologue
3, Av. Amir My Abdellah - Rabat
INP : 101130789
Tél : 0637 73 66 89 - GSM : 0639 00 19 46

CABINET D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr Souad SOUFIANI

*Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif et de l'Anus
Endoscopie - Echographie Digestive
Ancienne Attachée d'Echographie et d'Endoscopie
Digestive au CHU Ibn Sina*



الدكتورة سعاد السفياني

*اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي والبواسير
ملحقة سابقا في الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
والفحص بالأمواج فوق الصوتية بمستشفى ابن سينا*

Rabat, le 5/9/2022 في الرباط،

nr

Dr. Souad SOUFIANI
Hépatogastro-Entérologue
3, Av. Amir My Abdellah
Tél: 73.66 89 19 46

79.00 Baies de siége a l'hygiadine x 10-15' x 10j

14.50 x 3
19.60 x 2

Hemofast supp + pade < 5 x 10j

12.70 x 2
+ 20.10

Daflen 1000 = 1g x 3/j x 4j

puis 1g x 2/j x 3j puis
1g/j x 2 mois.

71.40

Duphalac sachets;

la 25 le soir au besoin

PHARMACIE BELMAHI
صيدلية بن المصاحي
Dr. Hanae EL HARIM (ép. BELMAHI)
1, Rue Tonkin, Av. Madagascar
Djoudjamaâ-Rabat - Tél: 05 37 72 26 50
INPE: 102014552

Dr. Souad SOUFIANI
Hépatogastro-Entérologue
3, Av. Amir My Abdellah - Rabat
INE 101130789
Tél: 9537 73 66 89 - GSM: 0639 00 19 46

PHARMACIE BELMAHI
صيدلية بن المصاحي
Dr. Hanae EL HARIM (ép. BELMAHI)
1, Rue Tonkin, Av. Madagascar
Djoudjamaâ-Rabat
Tél: 05 37 72 26 50
INPE: 102014552

3 مكر، شارع الأمير مولاي عبد الله (عمارة ماك دونالد) - الرباط - الهاتف: 05 37 73 66 89
3 bis, Av. Amir My Abdellah (Imm. Mac Donalds) - Rabat - Tél.: 05 37 73 66 89

GSM: 06 39 00 19 46

Hemofast®
Pommade

Hemofast®
Pommade

19,60

19,60

122,70

LOT: 362568
PER: 05 2023

DUPHALAC 10G/15ML
SACHET 820

P.P.V: 71DH40

6 118000 010487

14,50

122,70

201,00

PPC: 79.00 DHS

111260 760017

DAC011ETUI/3

14,50

14,50