

## 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 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° W21-771096

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233 Société : RNM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FARISS LOUBNA

Date de naissance : 08/01/1965

Adresse : 24 Des villas Angaz Dan Baq39

Tél. : 366 400 5506 Total des frais engagés : 250 + 60,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MAKKHOU ET Kamal

Date de consultation : 09 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : FARISS LOUBNA Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 09/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A / 215 / 2019

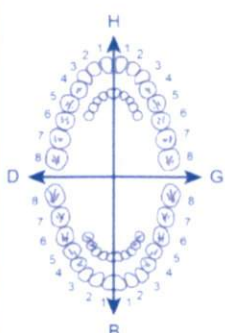
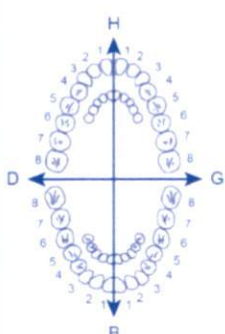


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/22	Cc		27081A	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacie ou du Laboratoire	Montant de la Facture
	60,10

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	

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"/>
				
<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></div>				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div>H</div> <div>25533412   21433552</div> <div>00000000   00000000</div> <div>D   G</div> <div>00000000   00000000</div> <div>35533411   11433553</div> <div>B</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</div> </div>		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. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوфи

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .  
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار  
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.  
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،  
بروكسيل، فرنسا  
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والوجه

45,50

①

Parafon 10

15321

14,60

②

Dolprone 1

15321

60,10.

③

Humex. collect

2 pnc

Prophylis

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOUT Amlina BP 93  
Jm : 05 22 89 52 52

LOT: M22034  
EXP: FEV 2025  
PPV: 45,50 DH

PPV 140H6  
PER 07/25  
LOT 12465

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal  
Spécialiste O.R.L  
1 Boulevard Abdelbad Ezzitah  
20230 - 05 22 89 52 52  
NPE 00

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanc

E-mail : Kamalori@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

ة الحضرية للحى الحسنى، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65