

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 (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) est agréée par le Ministère de la Santé Publique et de la Protection Sociale. Siège social : 10, Avenue Mohammed VI, Casablanca. Téléphone : 06 62 07 88 22. Site web : www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W21-781894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1479 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : CHAOUKI OMAR / 179915
Date de naissance : 1950
Adresse : BP. 5558 Q. I. AGADIR
HAY SALAM AGADIR
Tél : 0666920367 Total des frais engagés : 675,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Saïd DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
Cachet du médecin : N°9, Imm. 79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Té : 06 62 07 88 22
INPE : 101104404
Date de consultation : 08/09/2023
Nom et prénom du malade : M. SAHLI RABIA Age : 71 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Réviseur du genou post opératoire
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 : AGADIR / RABAT Le : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-781894

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 : 1479
Nom de l'adhérent(e) : CHAOUKI OMAR
Total des frais engagés : 675,50 Dhs
Date de dépôt : 08/09/23

Autorisation CNDP N° : A-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 l'acte
08/09/23	Frais Clinique	15,00	200,00	Dr Benoit DEBBOU Chirurgien Traumatologue N°9, Immeuble Ibn Sidi Agdel Tél: 05 33 77 77 77 (L.G.) Fax: 05 33 77 77 77 (L.G.) INPE: 101104404 S.S. 2209009
	V3			

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
INPE: 102063708 Rabat - Tél: 05 37 77 95 00 N°2, Immeuble ALACHRAÏRI Boulevard Mohammed VI Rabat - Tél: 05 37 77 95 00 INPE: 102063708	325,50
08-09-2023	

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	

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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												

CLINIQUE AGDAL

México-Chirurgicale

Rabat



مصحة أكدال
للطب والجراحة
الرباط

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة و المختبر على مدار الساعة

Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24h/24, 7j/7

Rabat de

08/09/2023

Dr. Saïd DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél : 06 62 07 88 22
INPE : 101104404

PHARMACIE DE MARIAM
N°2, Imm. 1 B, Rue ALACHRAÏRI
Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 85 00
INPE : 102063708

152,00 1-

Arix 590

14/8 x 07/8 7 refo

37,00 2-
x2

Duocoral

2-2-2 x 00/8

59,50 3-

Therauag 375

14/8 le h x 20/8

325,50

Dr. Saïd DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat
Tél : 06 62 07 88 22
INPE : 101104404

CLINIQUE AGDAL

MEDICO - CHIRURGICALE
6, Place Tahla Av. Ibn Sina Agdal
Tel : 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 77

F A C T U R E

N° Admission : 231081321

N° 8 148 / 2023 du 08/09/2023

Nom patient	M SAHLI RABIA	Entrée 08/09/2023	Sortie 08/09/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECG	1,00		100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	150,00
Total Frais Clinique				150,00
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. BENJELLOUN JAOUAD (anesthésie rea)	1,00	V3	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

	Total général	350,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Notre compte bancaire : 007 810 0004461000304070 92- ATTIJARIWafa BANK- RABAT

	Espèces	Total encaissé	Solde
Encaissements	350,00	350,00	0,00

CLINIQUE AGDAL
6, Place Talha-Agdal, RABAT
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.) / 05 37 67 77 77 (L.G.)
Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13
Taxe prof. 25738001 / Id. fiscale 03330509
C.N.S.S. 2209099 / I.C.E 001657979000067

Reçu de caisse

N°: 2309081333160510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23I081321	M SAHLI RABIA	08/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : RAJAA

CLINIQUE AGDAL مصحة اكادال
6, Place Talha-Agdal-RABAT
Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.) / 05 37 67 77 77 (L.G.)
Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13
Taxe prof. 25736001 / Id. fiscale 03330509
C.N.S.S 2209098 / I.C.E 001657979000067

THERAMAG®
375 mg

LOT: CA334
EXP: 08/26
PPC: 99.50 Dh

تيراماج®
375 mg

مغنزيوم بحري
+ قيتامين B6

بدون ملح - بدون سكر

30 كبسولة

Thérapiarm
LABORATOIRES

LOT : 230779
EXP : 04/2026
PPV : 152,00DH

90 ملغ

عن طريق الفم



أريكسيب

إيتوريكوكسيب



x 14

أقراص مغلفة

مدة 4 أيام صباح 10 زوال 1 مساء 1



COOPER
PHARMA

ARIXIB® 90 mg

14 comprimés



6 118000 083320

DUOXOL®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500mg/2mg

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 **POLYMÉDIC**

373e

37100

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

DUOXOL[®]

Paracétamol / Thiocolchicoside

500mg/2mg

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 **POLYMÉDIC**

373e

37100

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا