

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0032763

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

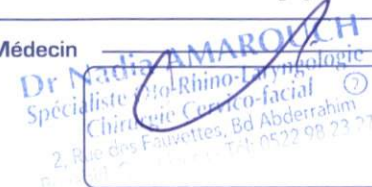
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAZOUZ ADEL
 Date de naissance : 28-11-60
 Adresse : 42VF MOIN 15 95 2010 ALGERIA
 Apt 412 case 1225
 Tél : 0661322412 Total des frais engagés : 519,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2023
 Nom et prénom du malade : SABRI LAÏLA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL & vertige
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Le : 14/12/2023
 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.

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

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
13-12-23	MANOuvre de helation	5	400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	119,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

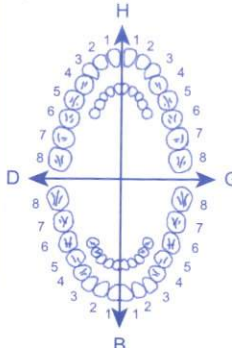
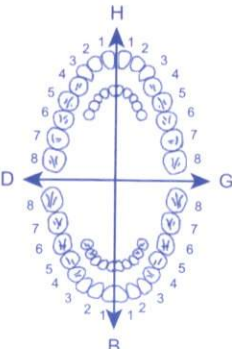
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 AMAROUCH Nadia
Oto-rhino-laryngologie
Diplômée en Physiopathologie et exploration
des fonctions neurosensorielles O.R.L.
Officier Médecin (E.R) des forces armées Royales
Ancienne résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

CASABLANCA OASIS le 13/12/2023

FACTURE

Madame SABRI LAILA

ACTE	COTATION	MONTANT
Manœuvre de NELATON	K20	400.00
	TOTAL :	400.00 DH

LE MONTANT TOTAL EN LETTRE : QUATRE CENTS DIRHAMS)

Cachet et signature du médecin

Dr Nadia AMAROUCH
Spécialiste Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
2, rue des Tabors - Casablanca - Tél: 0522 98 23 27

Docteur Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLÔMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION
DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L.

OFFICIER MÉDECIN (ER) DES FORCES ARMÉES ROYALES

ANCIENNE RÉSIDENTE DU COLLÈGE DE MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

الدكتورة نادية أعماروش

إختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبيبة منايطة (ع.م) بالقوات المسلحة الملكية

مقيمة سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكاديمية الدولية لفزيولوجية، الأذن والدماغ والجهاز العصبي

Sur Rendez - Vous

بالموعد

13/12/2023

Casablanca, le : في : الدار البيضاء،

Madame SABRI LAILA

79,180

FITOFER

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé à 16h. Pendant 02 mois

PAROGUARD BAIN DE BOUCHE

1 Cuillère à café dans un verre d'eau tiède EN GARGARISME le
matin, et 1 Cuillère à café le soir pendant 10 jours

40,00

PREDNI 20 MG

2 Comprimés le matin après le repas pendant 03 jours

119,180

Dr Nadia AMAROUCH
Spécialiste Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
2, Rue des Fauvettes, Bd Abderrahim
Bouabid, Casablanca - Tél: 0522 98 23 27

Cette prescription comporte 3 spécialités

LOT: 230613
PER: 08/2028
PPC: 79,80dh


Fitofer
B9

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

اتبع نصائح الطبيب والصيداني