

## 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 prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 adhère à 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 An Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-476376

**ND: 49358**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **407** Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Veuve**  
 Nom & Prénom : **NIKOU Amal**  
 Date de naissance : **31/12/56**  
 Adresse : **12, Ave Michel Ange Casablanca**  
 Tél : **0667944149** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **DR. Nadia AMAROUCH**

Cachet du médecin :

**DR. Nadia AMAROUCH**  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
26, Rue des Tabors - Oasis  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.98.23.27

Date de consultation : **28-2-2020**  
 Nom et prénom du malade : **Nikou Amal** Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **AS Apertien oel**  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA** Le : **28/02/2020**  
 Signature de l'adhérent(e) : **Nikou Amal**

# 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
28-2-2020		6	3000	Dr. Nadia AMAROUCH Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico-Faciale 26, Rue des Tabors - Oasis Tél: 05 22 22 21 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAJMOUAT 242, Bd EL KHROUNJI ANCA Tél: 05 22 22 71 88 / 91	28/02/2020	508,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

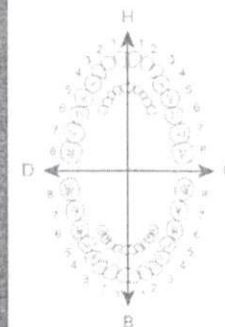
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

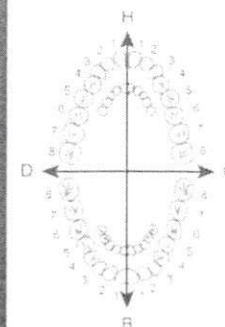
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433553
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	25533411	11433553

[Creation, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Nadia**

**SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGE  
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL**

**DIPLOMÉE 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**

**Sur Rendez - Vous**

**مكتورة نادية أعماروش**

**إختصاصية في أمراض وجراحة**

**الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق**

**طالبة ضابطة (م.ع) بالقوات المسلحة الملكية**

**قيمة سابقة بالأكاديمية الطبية بباريس**

**عضوة أكاديمية الدولية لفزيولوجية الأذن والدماغ والجهاز العصبي**

**بالموعد**

Casablanca, le : **28/02/2020** : الدار البيضاء، في :

**Madame MIKOU AMAL**

**137700 x 2 = 2754,00**

**BACILAC FORTE**

**1 Gélule le matin avant le repas pendant 2 mois**

**89,50**

**APIXOL SPRAY**

**1 Application le matin, 1 Application le midi, 1  
Application le soir pendant 15 jours**

**144,50**

**EUZOL 20MG**

**1 Gélule le soir après le repas pendant 1 mois**

**508,00**

**PHARMACIE ALMOUATI  
242, Bd ZENKTOUNI  
CASABLANCA TEL. 85 22 22 71 88 / 91**

**Cette prescription comporte 3 spécialités**

**cabinetorlna@outlook.com**

**26, زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 27 - الفاكس : 05 22 98 23 00**

**26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél. : 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00**