

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

- Reclamation : 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° W19-498668

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12593 Société : RAMI

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : CHARAFI SOUFIANE

Date de naissance : 23/10/1987

Adresse : RYAD AL ANDALOUSSE CADIZ 1
577 109 NP 11

Tél. : 066579 5034 Total des frais engagés : 632,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2014

Nom et prénom du malade : Charaf Soufiane Age : 27

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

Nature de la maladie : Maladie génétique

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 : CASABLANCE Le : 07/01/2020

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

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
22/10/2019	CE	1	3.000,00	INP : <input type="text"/>

Dr. KHYARI Hind
Radiatre - Néonatalogue
NPE : 101164119
ICE : 001614534000061
Tel : 05 37 71 00 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAKIYA Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Annakhil, Hay Riyad - Rabat 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28 NPE : 102051620	22/10/19	33.230

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

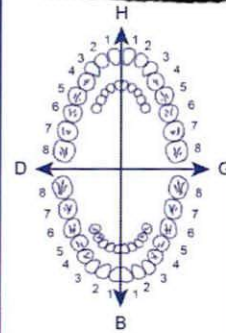
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

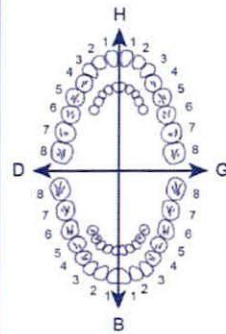
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie
Néonatalogie - Réanimation Néonatale
Consultation homéopathique
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat
Praticienne hospitalière à l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة هند الخياري

أخصائية في طب الأطفال
والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

~~Dr. KHYARI Hinde~~
~~Pédiatre - Néonatalogue~~
~~INPE : 101164119~~
~~ICE : 001614534000061~~
~~Tél : 05 37 71 00 93~~

Rabat Le : 22/12/2012

chang Imran

Dr. KHYARI Hinde

98.00

(1)

Prednisolone 5mg
1 csc x 2 j

pér j

40.00

(2)

Paracetamol 500mg
1 csc x 3 j

pér j

49.50

(3)

Aspirine 100mg
1 csc x 3 j

pér j

21.80

(4)

Hydrex 500mg
1 gte x 3 j au milieu

pér j

84.00
 ① Exilis x 100 p
 300 x 3 j
 9.00
 ② Contra: suppo
 3 suppo x 1 p de x 10 au
 bout de 48h
 p/s j

1332.30

Dr. KHYARI Hinde
 Pédiatre - Neonatologue
 INPE : 101164119
 ICE : 00161453400006
 Tél : 05 37 71 00 93

21,80



PHARMACIE SAFIYA
 Dr. Samaa EL GHARBI
 Ep. KADIRI
 Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
 Tél : 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

Lot: 190169
 A consommer de
 préférence avant le: 03/2023
 PPC: 84,00 DH

40,00

بيوميتراز
 200 U.CEIP/ml

PHARMACIE SAFIYA
 Dr. Samaa EL GHARBI
 Ep. KADIRI
 Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
 Tél : 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

LOT: 190370
 PER: 04-22
 PPV: 9,00DH

كريسطان
 لجليسرول (0.69 غ)
 10 تحاميل

Nez - Gorge
 PEDIAKID

RIMA PHARMA
 98,00

ن طريق 11