

## 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

## Declaration de Maladie

N° W19-474228

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517

Société : 22910

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 28/6/62

Adresse : 2 Rue Ait Melloul Av, ZERITOUNE  
Soush, RABAT

Tél. : 753 50 80 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr LAMOURI Faïçal  
Spécialiste en Médecine et biologie  
du sport  
Médecine Générale  
Tél: 05 37 74 21 18

Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : YAHIA KHALID

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

Nature de la maladie : Rhino bronchite

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Le : 17/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-474228

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

# 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
21/11/2020	G	1	250 dh	INP :

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/2020	503,50

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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'EXE

**Dr LAMOURI Faïçal**

**Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy**

**Assermenté auprès des tribunaux**

Médecin conseil auprès du Consulat Général de France

Spécialiste en Médecine et biologie du sport

Médecin Morphologue et Anti Age (MMAA Paris Descartes)

Médecine Générale

Echographie Générale

ICE 0016215280

**POLE  
ADULT**

LOT:494

PER:11/21

PPV:23.90DH

L'efficacité de ce traitement  
est scientifiquement prouvée.

**SANS CONSERVATEUR**  
Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

P.P.V. 90.90 DH

En cas d'exposition  
aux agents exogènes  
qui en sont  
responsables

PPV:10DH30

PER:12/21

LOT:H2790



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa, Casablanca  
Monozeclar 500 mg cp pe  
Im b6 mv  
P.P.V. : 87,30 DH



58,40

58,40

58,40

Solupred 20mg

58,40

58,40

58,40

58,40

58,40

**mademoiselle YAHIA IZA , 17 Ans et 0 mois**

**DOLIPRANE 1000 cp**

1 cp 3 fois par jour si fièvre ou douleurs

**MONOZECLAR 500mg Cpr boîte 5 cp**

1 cp par jour pendant 5 jours

**SOLUPRED 20mg Cpr eff B/20**

3 cp le matin après le repas pendant 5 jours

**POLERY Sp Ad FI/200ml**

1 càsoupe 4 fois par jour à distance des repas pendant 5 jours

**STERIMAR Nez Bouché**

1 pulv matin midi et soir 7 jours

**Dr LAMOURI Faïçal**  
Spécialiste en Médecine et biologie  
du sport  
Médecine Générale  
Tél: 05 37 71 24 42

Avenue Nakhil / Rue Attoute en Face de la Tour Maroc Telecom  
Tel : 0537712442 Fax : 0537716705 Mobile : 0661153172