

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'Indépendance - 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° W19-485953

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **23778**

Matricule : **1538** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **DEROUICH Aïka**

Date de naissance : **1.01.55**

Adresse : **0**

Tél. : **06.0000.2426** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **DEROUICH Aïka** Age :

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

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 JAN 2020	CS 2		2000H	
	AS2		1000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
	21/01/20	474,00

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
D.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>25533411</td> <td>11433253</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433253	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433253																
	B																	
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphène,
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي
أمراض و جراحة الأذن. الأنف
الحنجرة. العنق و الوجه
الدوخة الصمم. رنين الأذن
الشخير. اضطراب الصوت

DATE : 21/11/2020

ATika - DERMIA

Pharmacie BERLA
Dr. Meryem ZOUINE
Perles de Nouvelle m. 14 N°
Tél : 05 22 53 79 68

① VLD cure

1 angule / 18 J p 3 mois

79.00

X 6

②

Amiodarone

3 Ang / J

174.00



**ORL ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE**

Vertige, Surdité, Acouphène,
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي
أمراض وجراحة الأذن، الأنف
الحنجرة، العنق والوجه
الدوخة الصمم، رنين الأذن
الشخير، اضطراب الصوت

Date :

Notes D'Holochirides

ATZKA DER DWICH

ACBZ ASZKABZ

Сотрудник КГ

Handwritten: 1000H



تجزئة 1. زاوية شارع محمد الخامس وزنقة حسان ابن ثابت حي الزهراء - برشيد
Lot. Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra .BERRECHID

Tél. : 05 22 32 57 57

Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire



Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire



Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire



Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire



Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire



Auricularum



Rembourable AMO



AURICULARUM®
Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire



6 118000 021261

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

uniquement sur ordonnance - Liste I

LOT 192022
EXP 09 2021
PPV 79.00 DH

 Litho Typo

3712

Auricularum

POUDRE ET SOLVANT
Voie Auriculaire

