

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, parodontologie 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-567541

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R0678 Société : R.A.M. 67485

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NAMRI Zoubida

Date de naissance : 22 AOÛT 1945

Adresse : 27 rue JAL Boukhane Apt 4

Tél : 0661223402 Total des frais engagés : 7640 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. ALAOUI RACHIDI PATIMA

Date de consultation : 15 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : NAMRI Zoubida Age : 1945

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

Nature de la maladie : Obésité + Acrophonie

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 : Rabat Le : 10 / 03 / 2021

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
10 Mars 2021	ASPERSION	-	350,00	INP : 1416818299
	ASPIRATION	-	300,00	Dr ALAOUI-RACHID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/21	19,40
		39,00
		118,40

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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

Docteur F. ALAOUI-RACHIDI

Professeur de Médecine en O.R.L

Diplômé des Facultés de Rabat et de Paris

Adulte - Enfants

- Maladies et Chirurgie des Oreilles; Nez

Sinus - Gorge - Larynx

- Chirurgie de la Face et du Cou

- Chirurgie de la Thyroïde

- Traitement de L'Allergie et du Ronflement

الدكتورة العلوي الراشدي فاطمة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق

- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية

- علاج الحساسية

10 MARS 2021

M² MAN Ri ZouBIDA

19/40

Antibiohyal

ANTIBIO SYNALAR

19,40

4g/24h

99/00 - seeds

1/2 hour PG

LOT 201173
EXP 04/2023
PPV 99.00DH

Pr. ALAOUI-RACHIDI FATIMA
Professeur de Médecine en O.R.L à La Faculté de Rabat
Diplômé des Facultés de Rabat et de Paris
Angle Avenue Michlifen, Jabal Bouiblanc, N° 32 Agdal - Rabat
Tél. 05 37 67 22 02 / 06 65 100 812

Docteur F. ALAOUI-RACHIDI

Professeur de Médecine en O.R.L

Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris

Adulte - Enfants

- Maladies et Chirurgie des Oreilles; Nez

Sinus - Gorge - Larynx

- Chirurgie de la Face et du Cou

- Chirurgie de la Thyroïde

- Traitement de L'Allergie et du Ronflement

الدكتورة العلوي الراشدي فاطمة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق

- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية

- علاج الحساسية

RABAT LE 10/03/2021

FACTURE N°070/2021

NOM :MAMRI

PRENOM :ZOUBIDA

DESCRIPTION	MONTANT
CONSULTATION+ASPIRATION	350.00
AUDIOGRAMME	300.00
TOTAL	650.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 10/03/2011

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 0678	N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent : N.A.M.R.I. Zoubida	N° Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : elle-même	N° Tél. domicile : 06 61 83 402
A remplir par le praticien	
Je soussigné : Dr. Alaoui Rachid	Pr. ALAOUI-RACHID
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M	Ex Professeur de Médecine en ORL à la Faculté de Rabat Diplômé des Facultés de Rabat et de Paris Angle Avenue Michlifen, Jabil Boulblane N°32 Agdal - Rabat Tél : 05 37 67 22 02 / GSM : 06 65 100 812
Nécessite : long traitement	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de : (Approximatif)	
A : (préciser l'établissement hospitalier)	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision :	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23 36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com