

## 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.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-567541



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida

Date de naissance : 22 AOUT 1945

Adresse : 27 Rue IBL Boushikone Alkassma Al Adal / Rabat

Tél. : 061 22 34 07

Total des frais engagés : 78,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 JUILLET 2021

Nom et prénom du malade : Danni Zoubida

Age : 76

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Diabète + Acrophé

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

Signature de l'adhérent(e) : Danni Zoubida

Le : 10/03/2021

18 ANN. 2021  
ACCUEIL

## RELEVE 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
14 Mai 2021	ASPIRIN 500 mg	1	350,00 + 300,00	INP : 1010818201 Pr ALAOUI-RACHID Professeur de Médecine en ORL à la Faculté de Médecine de Rabat et à la Faculté des Sciences de Rabat, N°32 Agdal, Rabat, Maroc, 100312

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/91	105,10 39,00 HT 118,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaire, 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"/>										
 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

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

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 العلوى الراشدي فاطمة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق

- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية

- علاج الحساسية

10 MARS 2021

M² MAM ri ZUBADA

19,40

Antibio synalar

**ANTIBIO SYNALAR**

19,40

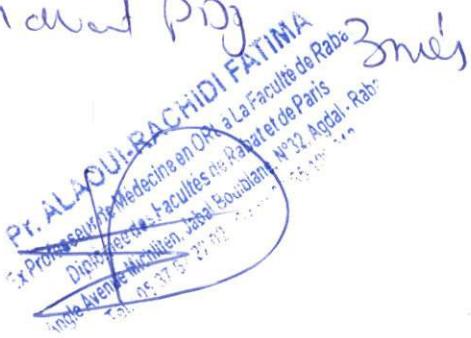
ugt

3fj h, 9)

99,- - seches

5 gel 1/2 h auant PDJ

LOT 201173  
EXP 04/2023  
PPV 99.00DH



Mrsi

Angle Avenue Michlifen Jabal Bouiblane N° 32 Agdal - Rabat - Tél : 05 37 67 22 02 / Gsm : 06 65 100 812

ICE : 001621571000085 - E-mail : alaoui\_f@yahoo.fr

**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 العلوى 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
<b>TOTAL</b>	<b>650.00</b>

**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 : R.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 : 0664113402

### A remplir par le praticien Pr. ALAOUI-RACHID

Je soussigné : Pr. Alaoui Rachid ..... Prof : Ex Professeur de Médecine en ORT à la Faculté de Rabat

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M ..... Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris

Nécessite ..... Angé Avenue Michifien, Jabal Bouiblane N°32 Agdal - Rabat

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) ..... Tél : 05 37 87 22 02 / GSM : 06 65 100 812

Une hospitalisation de : (Approximatif) ..... Pr. ALAOUI-RACHID

A : (préciser l'établissement hospitalier) ..... Ex Professeur de Médecine

### 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