

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-567563

Courser

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R. 0678 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. MAMRI Zoubida
 Date de naissance : 22 Août 1945
 Adresse : 27 IBL Beniblonne Appt 4
 Résidence ACDAL - Rabat
 Tél : 06612349 Total des frais engagés : 516 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/04/2021
 Nom et prénom du malade : Mamri Zoubida Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection ORL
 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 : 30 / 04 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : J. S.

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
30/04/21	CS	5	25000	INP : 1615174478

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Du 16 Novembre 16 Novembre Haut Agdal Rabat Tél: 05 37 87 00 24 - 05 37 87 56 69 NPE: 102000395	30/04/21	25000

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>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	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"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de
l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition,
troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمسamani

أخصائية أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال دو كراس)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقا في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأذن و الحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن, تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع, اضطرابات البلع, التنظير الطبي

Rabat le : 30/04/2021

MME MAMRI ZOUBIDA

Oedes 20 mg

1 gélule, matin, soir, pendant 1 mois

Humex collutoire

1 pulvérisation, matin, midi, soir, pendant 1 semaine, puis au besoin

Nootropyl 800 mg

1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 1 mois

Gaviscon advance (menth)

1 càs le soir au coucher pendant 1 mois

صيدلية 16 نونبر

Pharmacie Du 16 Novembre
6, Av du 16 Novembre Haut Agdal Rabat
Tél.: 05 37 67 00 24 - 05 37 67 56 69
INPE : 102000395

صيدلية 16 نونبر

Pharmacie Du 16 Novembre
16, Av du 16 Novembre Haut Agdal Rabat
Tél.: 05 37 67 00 24 - 05 37 67 56 69
INPE : 102000395


Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 16 13 GSM : 06 59 64 15 70



HUMEX HUMEX

MAL DE GORGE

LIDOCAÏNE 0,30 g
BENZALKONIUM 0,03 g
pour 100 ml

 **ANTISEPTIQUE**
ANESTHÉSIQUE

MÉDICAMENT AUTORISÉ
N°3400938535594

TITULAIRE/EXPLOITANT :
LABORATOIRES URGO HEALTHCARE
42 RUE DE LONGVIC
21300 CHENOVE - FRANCE

DURÉE DU TRAITEMENT :

.....

POSOLOGIE :

.....


.....



3 400938 535594 >

MAL DE GORGE

LIDOCAÏNE 0,30 g
BENZALKONIUM 0,03 g
pour 100 ml

ANTISEPTIQUE
ANESTHÉSIQUE 



SANS
SUCRE

CITRON
Collutoire 35 ml
MÉDICAMENT - pas avant 6 ANS

Lot N° 89734

Ut.av.fin

06-2023

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 30,00 DHS