

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° W21-666022

101177

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KERDOUN ROHANNED
 Date de naissance : 12-06-63
 Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL.COM
 Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 695,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NACIRI Salim
 Pneumo-Phtisiologue
 Rez de Chaussée, Imm. N°17,
 Lot. Aboubaker Najare, Tabriquet Salé
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22-12-21 INPE 101256220
 Nom et prénom du malade : LEILA ABERCHANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 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'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 : SALE Le : 29 / 12 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-666022

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/12/2021	Cs		300	M ^r . NACIRI Salim Pneumo-Phisiologue Rez de Chaussée, Imm. N°17, Lot Aboubaker Najare, Tabriquet Salé

N. NACIRI Salim
Pneumo-Physiologue
Rez de Chaussée, Imm. N°17,
Aboubaker Najare, Tabriquet Salé

INPE:101256220

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE AV Med VI</p> <p>.mohammed VI. Km 17 .</p> <p>EL Menzeh - Temara</p> <p>INPE : 102091022</p>	22-12-24	395,20

PHARMACIE AV. Med VI
...mohammed VI. Km 17.
EL Menzeh - Temara
INPE : 102091022
TEL : 0537 01 10 57

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

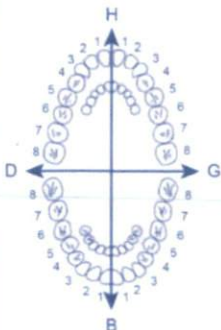
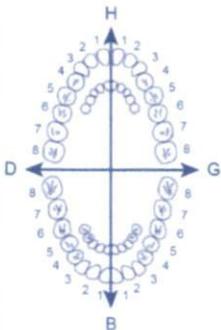
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>																				
	<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							
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naciri Salim
Spécialiste en Pneumophthisiologie
Allergologie



د. الناصري سليم
اختصاصي في أمراض الجهاز
التنفسي والحساسية

CENTRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE - TABRIQUET
Dr. Naciri Salim - Pneumologue
Dr. Ktiri Mohammed Amine - Cardiologue



Mme ABERCHANE LEILA

Lot:
CJP: 3400931000679
Expi: M0050218
05/2025



BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

ORDONNANCE

28.00

1) STODAL

1 càc, 3 fois par jour, pendant 5 jours

40.00

2) BIOMYLASE

1 càc, 3 fois par jour, pendant 5 jours

78.60

3) LORODES 5 MG

1 cp par jour (soir), pendant 15 jours

28.60

4) PRIMALAN 5 MG

1 cp, matin et soir, pendant 5 jours

110.00 x 2

5) METANAZ ou RISONEL

2 pulvérisations par narine par jour, le matin, pendant 1

PPV : 78,60 DH

INPE : 102091022
Tel : 0537 01 10 57

LOT: GA10356
PER: 06/2023
PPV: 110 DH 00

LOT: GA00631
PER: 06/2022
PPV: 110 DH 00

28.60

PHARMACIE AV. MED VI
Av. Mohammed VI, Km 17
EL-MONASSIR, Temara
INPE : 102091022
Tel : 0537 01 10 57

Dr. NACIRI Salim
Pneumo-Physiologue
Rez de Chaussée, Imm. N° 17,
Lot. Aboubaker Najare, Tabriquet