

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'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° W21-658334

par
com

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11013 Société : 156287

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : YANOUNE AOUATIF

Date de naissance : 12 Juin 1978

Adresse : 16, HSSAIN, FACULTE SALE

Tél : 0613575377 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR LAMOURI Faïçal
Spécialiste en Médecine et biologie
du sport

Date de consultation : 19/01/2022

Nom et prénom du malade : PARVIA AGA Age: 49

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

Nature de la maladie : Conis

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
	03 +	1	250 +	INP : 101091378 1 Tél: 05 37 71 22 42 Médicine Générale du sport DR LAMOURI Faïçal Spécialiste en médecine et biologie
	Ter Ap		200 =	
	cond		450 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/22	noir

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

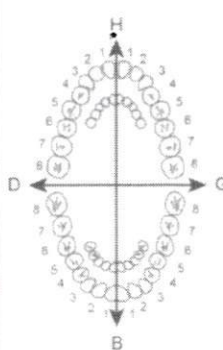
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>

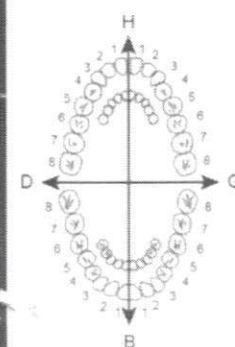
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Faiçal LAMOURI

Diplômé de la faculté de médecine de NANCY
Assermenté auprès des tribunaux
Médecin conseil auprès du consulat Général de France
Spécialiste en médecine et biologie du sport
Médecine générale
Echographie générale
ICE 001621538000082

19/01/2022

Enfant BERKIA AYA , 9 Ans , 10 mois ;

1-- PREDNI 20 mg cp efferv

2 cp eff le matin après le repas pendant 3 jours

2-- BUDENA Nasal

1 pulv matin et soir pendant 7 jours

3-- EXOMUC 200mg Glé B/30sach s/sucr

1 sachet le matin et le soir avant les repas pendant 7 jours

4-- DOLIPRANE 500mg Pdr or B/12sach

jusqu'à 4 sachets par jour si fièvre ou douleurs

5-- AZIX 1500 mg

1 dose pour 39 kg 1 fois par jour en 1 prise pendant 5 jours
2 flacons

T = 405,73

Dr. LAMOURI Faiçal
Spécialiste en Médecine et Biologie
du Sport
Médecine Générale
Tél.: 05 37 71 24 42
INP : 101091379

PHARMACIE SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Annakhil Hay Riyad - Rabat
Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

PHARMACIE SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Annakhil Hay Riyad - Rabat
Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

LOT N°:
UT. AV :
PPV (DH):

4200

Lot N°: 0 6 6 R 0 3 0 3
FAB: 0 6 - 2 0 2 1
EXP: 0 6 - 2 0 2 3

PPV:149DH00

Avenue Nakhil rue attoute en face de la tour Maroc Telecom
Tel : 0537712442 Mobile : 0661153172

Granulé
sans sucre
30 sachets

Exomuc[®]
acétylcystéine 200 mg

Exomuc[®]
acétylcystéine 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets



LOT 21004
EXP. FEV 23
11V 39DH90

AZIX®

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00

PER: 12/24

LOT: K3607

ENFANTS



b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX[®]

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00

PER: 12/24

LOT: K3607

ENFANTS



b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable