

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-679900

107446

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12606 Société : Royal air maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Saïdi Youssef

Date de naissance : 12/11/1988

Adresse : Riad al andalous alhaubra II Imb 8 apt 11 Hay Riad RABAT

Tél. : 0661395063 Total des frais engagés : 381,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUKHZAR Malak
Médecin Pédiatre
23, Av. Al Kifah, Appl 1 CYM
Rabat - Tél.: 05 37 69 00 03
INPE : 101189762

Date de consultation : 17/12/2021

Nom et prénom du malade : Louana Saïdi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 : 17/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du médecin attenant
17/12 2021	CS	1	250,00	<p>Dr. BOUKHAR M. Médecin Radiat. 23, Av. Al Kifah Rabat - Tél.: 05 37 69 69 69 INPE 101 183 762</p>

Cachet et signature du médecin
 dr. BOUKHAR M^oak
 Médecin Spécialiste
 23, Av. Al-Kifah Apt.1, CYM
 Rabat - Tél. : 05 3 69 00 03
 INPE : 101 183 762

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date	Montant de la Facture
17/12/21	131,40

PHARMACIE PRESTIGE EXECUTIF
Cachet du Pharmacien
ou du Fortifié
RYAD AL ANDALOUS MAY RYAD
RABAT - Tél.: 05 67 57 15 84
ICE: 00019333400003 17
INPE: 102063484

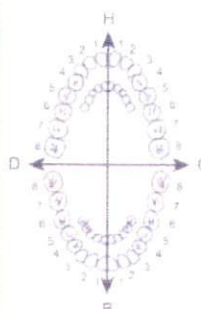
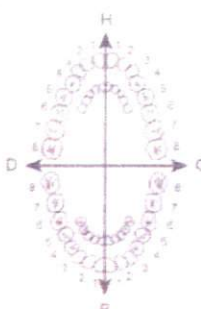
[illegible][illegible]

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'O.D.F.

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"/>														
				RN 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>01433550</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>50000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	01433550	00000000	00000000	D ————— G		50000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	01433550																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	50000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse																	
			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature d
Soins

Coefficient

INP : [][][][][][][][]

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DLBUT
DEXECUTION

RN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	50000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malak BOUKHZAR

Dr. BOUKHZAR Malak
Pédiatre
Médecin Pédiatre
23, Av. Al Kifah, Appt. 1, CYM
Rabat - Tél.: 05 37 69 00 03
INPE: 101 183 782



Dr. Malak BOUKHZAR

الدكتورة ملك بوخزار

اختصاصية في طب الأطفال

Rabat, le 17/12/2021 في الرباط،

LOUNA SAÏDI:

- Betastène gte:

100 gte 15 : 2 Nature, pte 5 grs 30,00

- Butamyl sp:

1 ca c x 215 pte 7 grs 21,40

- Aziac sup 1500:

Duo, 1 fus 15 pte 5 grs 80,00

Total:

131,40

PHARMACIE PRESTIGIA
RYAD AL ANDALOUSS HAY RIYAD
RABAT - Tél.: 0537-5715-84
ICE: 000193334000037
INPE: 102063484



BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189

Dr. BOUKHZAR Malak
Médecin Pédiatre
23, Av. Al Kifah, Appt. 1, CYM
Rabat - Tél.: 05 37 69 00 03
INPE: 101 183 782

شارع 33 شارع الكفاح، يعقوب المنصور الرباط (فوق قروض ال)

23, Av Akifah Appt N° 1 CYM - RABAT

FIX : 05 37 69 00 03 GSM : 06 61 55 12 05 e-mail: boukhzae.malk@gmail.com