

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hormuz Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-679900

15/12/2021

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. : 0661395069

Total des frais engagés : 381 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BOUKHZAR Malak
Médecin Pédiatre
23, AV. AI KIFAH, Appt 1 CYM
Rabat - Tél.: 05 37 69 00 03
INPE: 101169762

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2021

Nom et prénom du malade : Louisa 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attester le devis
17/12 2021	CS	1	250,00	Dr. BOUKHIZAR M'ak Medecin Pédiatre 23. AV. AIK Ich Appt. 1, GYM Rabat - Tel.: 05 37 69 00 03 INPE 101 183 762

PHARMACIE PRESTIGE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANDALOUSIAYA RYAD AL ANDALOUSIAYA RIBAT - TÉL: 05 66 57 15 84 TICE: 0001933340000 INPE: 102063484	17/12/21	131,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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"/>															
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
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"/>															
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>B</td> <td>50000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	50000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	50000000	00000000													
	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>															

Dr . Malak BOUKHZAR

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



الدكتورة ملك بوخزار

اختصاصية في طب الأطفال

الرباط، في

LOUNA SAIDI:

- Betasténe gtt:

100 gtt 1g , le flacon , pdt 5 gtrs

30,00

- Bontaugl sp:

± cā c x 215 pdt 7 gtrs

21,00

- Azix sup 1500:

Duo. 1 flacon 1 g pdt 5 gtrs

80,00

Total:

131,00

PHARMACIE PRESTIGIA
 RYAD AL ANDALOUSS HAY RYAD
 RABAT - Tél.: 0537 69 00 03
 ICE:000193334000037
 INPE:102063484



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

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

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