

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-556297

112833

par courriel

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11013

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : YANUUNE AOUATIF

Date de naissance : 12 juin 1978

Adresse : 16 HSSA IN EL KOULYA SALA

ALJADIDA

Tél : 0613575377

Total des frais engagés : 300 + 227,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد جلال
DR. MOUMENE JALAL
O.R.L.
19 Bis, Rue My Rachid - Rabat
Tél.: 05 37 20 76 64
INP : 101114213

Date de consultation : 04.04.2022

Nom et prénom du malade : BERKHA ADOA

Age : 11 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Paralyse faciale

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 : 20 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
04.04.22	G	300	15	<p>INP: 04.11.11.11.11.11</p> <p>Dr. MOUMENE JALAL</p> <p>O.R.L</p> <p>Rue My Rachid - Rabat</p> <p>05 37 20 76 64</p> <p>11114213</p>

[illegible]

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

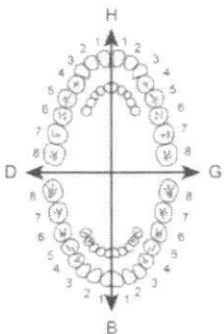
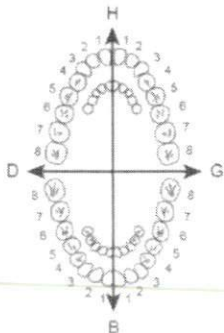
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<p>صيدلية الدالالي</p> <p>PHARMACIE AL DALALI</p> <p>4 Rés. Dalal, Imb. 4, Mag. 2</p> <p>Had Hlal, Hsaine-Sala Al Jadid</p> <p>Tél.: 05 37 83 18 86</p>	04/04/22					227,90

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 canalaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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. MOUMENE JALAL

O.R.L

(Nez - Gorge - Oreille)

- Diplômé d'Etat Français d'ORL et de Chirurgie de la face et du Cou.
- Diplômé de Carcinologie Cervicofaciale de l'Institut G.Roussy (PARIS).
- Chirurgie de la Thyroïde.

Sur Rendez-vous

الدكتور مومن جلال

أمراض وجراحة الأنف، الحنجرة

الأذن والوجه والعنق

خريج كلية الطب بروروان - فرنسا

شهادة أمراض وجراحة سرطان الرأس

والعنق من مؤسسة ج - روسي بباريس

بالميعاد

Rabat le : 04.04.22 : الرباط، في

Berkia Aïda.

36.40 x 2
72.80

- Copres 200, 3cp 1net

puis 2cp 1net

puis 1cp

1/2 330

97.50

puis 1net
c'clavral 200 1cp x 4 J

7 J

28.80 x 2
57.60

PHARMACIE EL ARIDI
4, Rue. Salaf, Imo 4 Mag. 12
Oulad Hlail, Hsahel Sala Al Jadida
Tél.: 05 37 83 18 86

الدكتور مومن جلال
Dr. MOUMENE JALAL
O.R.L

19 Bis, Rue My Rachid - Rabat
Tél.: 05 37 20 76 64
INP: 191114213

PPV	
LCT	2880
PER	

PPV	
LCT	2818
PER	

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصا فوار

20

PHARMA 5

LOT : 5111
UT. AV : 11-24
P.P.V : 36 DH 40

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصا فوار

20

PHARMA 5

LOT : 5111
UT. AV : 11-24
P.P.V : 36 DH 40

CICLOVIRAL® 200 mg
Aciclovir

25 comprimés

Voie orale

CICLOVIRAL® 200 mg
Aciclovir

Voie orale

AFRIC-PHAR
LOT EXP
219070 08/2024
PPV:97DH50

25 comprimés