

# 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'Horloge



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 058269

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0397

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

NAHAS ABDELLAH

Date de naissance :

20/04/1944

Adresse :

102 LOTISSEMENT MANDARINA

SIDI MAAROUF 1er CASABLANCA

Tél. : 06 69 58 57 12

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/2022

Nom et prénom du malade :

NAHAS ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Neurologique

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) :

ACCOUEIL



# 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
6/4/22	C3		300011	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLID Angle Rue et Abdel Hassan Saghir et Fylantion Case 1149 17	06/04/22	2609,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTIF

Professeur AMRANI FOUAD

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage  
(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة  
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

49، شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية، محمد الخامس Snack pomme de pain) الدار البيضاء

الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

Casablanca, Le 06/04/2022

بيضاء في

Mr NAHAS Abdellah

PPV: 236 DH 00

DONZEP 20

0. - 0. - 1

ALMANTIN 20

0. - 0. - 1

NODEP 50

0. - 0. - 1

HALDOL

4. - 4. - 4

PPV: 236 DH 00

PPV: 236 DH 00

Maladies et

Chirurgie

de la

colonne

vertébrale

LOT: 350  
PER: OCT 2023  
PPV: 201 DH 00

LOT: 353  
PER: OCT 2023  
PPV: 125 DH 80

TRAITEMENT POUR UNE DUREE DE : 3 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE 28/06/2022 POUR CONSULTATION

E

Lot:

Per:

P.P.V.:

LOT 103318 1  
EXP 10 2024  
PPV 506.00 DH

LOT 103318 1  
EXP 10 2024  
PPV 506.00 DH

LOT 103318 1  
EXP 10 2024  
PPV 506.00 DH

Maladies et

chirurgie

du crâne

Lot:

Per:

P.P.V.:

Lot:

Per:

P.P.V.:

Lot:

Per:

P.P.V.:

E-mail : amrani@neurochirurgien-amrani-maroc.com / Site Web : www.neurochirurgien-amrani-maroc.com

En cas d'urgence : 05 22 86 02 07 / 06 25 14 93 25 / 06 49 50 45 34

**Pr AMRANI JOUTEY FOUAD**  
**NEUROCHIRURGIEN**

49 AV 2 Mars RES. LES ROSEAUX

ICE : 001703306000087 IF : 4380772 P : 33657753

Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48

**NOTE D'HONORAIRES**

**Date : 06/04/2022**

**N° : 22040028**

**MUPRAS**

**Mr NAHAS Abdellah**

**EXAMEN**

**MONTANT**

Consultation

300,00

**Total : 300,00**

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **TROIS CENTS DIRHAMS**

PROFESSEUR AMRANI F  
Neurochirurgien  
49 AV 2 Mars RES. LES ROSEAUX  
Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48