

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

- 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° M21- 0020998

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02923 # Société : R.M.F.I
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAKHSSASSI RACHID
 Date de naissance : 01/07/1950
 Adresse : Lot Oued Fes Ave 4. N. 16
 Tél. : 06 6183 5328 Total des frais engagés : 731,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Youssef Ben Abdellah
 O.R.L.
 Av. Sidi Al Mandri N°14 - Tétouan
 Tél: 05 39 70 29 99
 Date de consultation : 30/04/2022
 Nom et prénom du malade : LAKHSSASSI RACHID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ACOUPHES + TITA
 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.

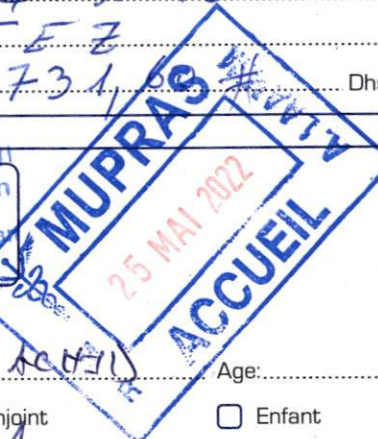
Fait à : Tétouan

Le : 30/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 attestant le Paiement des Actes
30/4/22	C2	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alami Lot Al Bahr Av Tétouan N° 00 M'diq Tel: 05 39 66 37 66 162094189	30/04/22	431,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

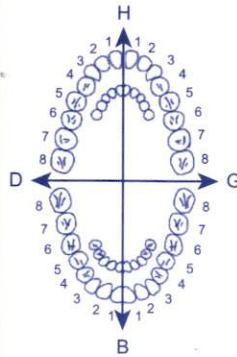
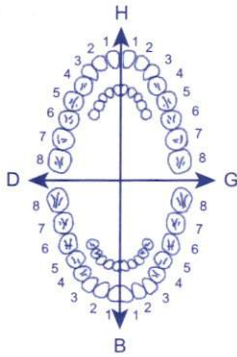
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			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

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLOMÉ DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Sur Rendez-vous

الدكتور يوسف بن عبد الله

اختصاصي في أمراض

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

بالموعد

Tétouan, le 30.04.2012 في تطوان،

مع L'AUSSASSI KACHA

92,00x4
1. Coveryl 500mg 30 [14]

1 of 1/000 → 4 days
15,30x4

2. Effervolpon 500mg (14)
1 of 1/000 si douleurs

T = 43,60

Pharmacie Bami
Lab. 0539 96 37 66
N° 99 M'diq

Dr. Youssef BENABDELLAH
O.R.L.

14, Rue SIDI AL MANDRI
Tél.: 0539 70 29 99 - TETOUAN

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 C

EFFERALGAN® 500 mg

16 comprimés effervescents



6 118000 030911



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16

EFFERALGAN® 500 mg

16 comprimés effervescents



6 118000 030911



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 C

EFFERALGAN® 500 mg

16 comprimés effervescents



6 118000 030911



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 C

EFFERALGAN® 500 mg

16 comprimés effervescents



6 118000 030911

