

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0019344

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAH

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 122864

Nom & Prénom : AFKIR Loicem

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse :

Tél. 0666388098 Total des frais engagés : 479.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah TRABI
Chirurgien Urologue
351, Avenue Réda Guedira (EX NII)
1er Etage, Cité Djemau - Casablanca
Tél : 0522 56 36 00 - Urgence : 0551 32 50 80

Date de consultation : 01.07.2012

Nom et prénom du malade : AFKIR Loicem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostatite chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 14/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05-07-22 | | 2 | 200,00 | Docteur Abdellah TRABI Chirurgien-Dentiste 351, Avenue Reda Guedira (EX N°1) 1er Etage, Cité Djemaa - Casablanca Tel: 0527 56 36 36 - Urgence: 0561 32 50 80 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ISNOU ZAHIR EL ALIA Bloc 22 IV, 46 Av. du Mil Sidi Othmane Casablanca - Tel: 05 22 37 9 83 RC: 494033 - IF: 50113439 CE: 0027378800000067 | 05-07-22 | 279,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

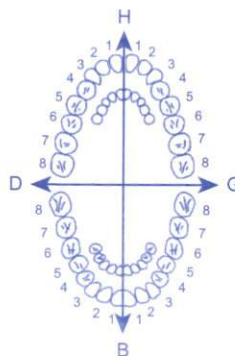
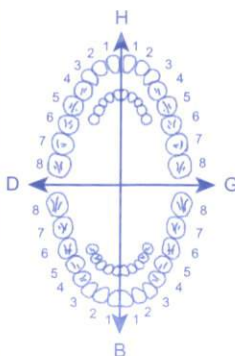
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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

عيادة تشخيص أمراض الكلى والمسالك البولية Cabinet Médical d'Urologie

Docteur Abdellah Trabi
Chirurgien - Urologue

Chirurgie des Reins et des Voies Urinaires
Endoscopie Urologique
Traitement du calcul par lithotripsie Extracorporelle
et Endoscopie
Stérilité chez l'homme

Ex. Medecin attaché du CHU Ibn Rochd
Ex. Urologue de l'hôpital Ben M'sik - Sidi Othman
Ex. Urologue de l'hôpital Mohammed V Hay Mohammadi

الدكتور عبد الله اترابي
جراح اختصاصي

جراحة الكلى والمسالك البولية
الجراحة والتشخيص بالمنظار الداخلي
علاج الحصى بالأشعة والمنظار الداخلي
علاج العقم عند الرجال

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
جراح سابقا بمستشفى ابن امسيك سيدي عثمان
جراح سابقا بمستشفى محمد الخامس الحي المحمدي

Casablanca, le 05.07.22. في الدار البيضاء،

ATKIL
Lettre

109.70 D Contre 1024
17000 D Fikendoo
279.70

PHARMACIE IBNOU ZAHR EL ALIA
Bloc 22 N° 46 Av. du Nij Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 19 63
RC : 496033 - IF : 50113439
ICE : 002737880000067

Docteur Abdellah TRABI
Chirurgien Urologue
351, Avenue Réda Guedira (Ex-Nil)
1er Etage, Cité Djemaâ - Casablanca
Tél.: 0522 56 36 36 - Urgence : 0661 32 50 80

CONTIFLO® OD 0.4mg ○
Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556

PPV: 10SDH70

ملح
قرص مقلقة
ن طريق الفم

OFIKEN® 200 mg ○
Céfixime
Boite de 16 comprimés Remboursable AMO



6 118000 022343

بوتيميا
Bothema

LOT 211259
EXP 05 23
PPV 170.00 DH