

## 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° W19-440205

123203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04466

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ

Date de naissance : 1963

Adresse : LOT HAMZA N° 113 SIDI MAAROUF

CASA

Tél. : 0668143380

Total des frais engagés : 309,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/22

Nom et prénom du malade : RASSY SALAHEDDINE

Age : 57 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhinite allergique

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 : CASA

Le : 19/07/22

Signature de l'adhérent(e) : RASSY

VOLET ADHERENT



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
	Contrôle			INF : 06 12 98 25 00

Dr. MENNOUNI Med 2500  
Oto-rhino-laryngologie et  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Tel: 06 12 81 66 66

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/07	309,10
	20/02	

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	



# Dr. Mennouni Mohamed Amine

- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements



د. محمد أمين منوني

- ◀ أمراض و جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة
- ◀ جراحة الوجه و العنق
- ◀ تشخيص و علاج الدوخة
- ◀ اضطراب الشم و التذوق و السمع
- ◀ علاج الحساسية و الشخير

Casablanca, le 19/07/22

Selchit-ER 280y

LOT: GA10448  
PEP: 08/2023  
PPV: 110 DH 00



110,00x1 1

2- Xyzell 1up  
Epl x 21, 100t 1000s

80,10x1

2- Xyzell 1up

1up/1m 100t 1000s

LOT 221039 2  
EXP 04 2026  
PPV 80 10

119,00x1

3- Phosphor 1up

1up x 3, 100t 1000s



309,10

IMPORTER & DISTRIBUTOR:  
S.I.C.  
Bldg n°56 - Street 17  
Maadi - Cairo - EGY  
Registration n°242/201

العبدان شركة ستار للتجارة الدولية  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية  
BOTTU SA  
PPC : 119 DH 00

3 564300 001046

LOT  
10008783  
2021 03  
2024 02

548, Av 2 Mars Angle Bd MODIBO Keita, Appt 6 Résidence Sonna

Tél : 05 20 800 508 - 06 19 81 00 00