

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

~~Nº W21-718048~~

By Governor

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Royal Air Maroc	
Matricule :	7275	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HERMAS Mohamed FADEL			
Date de naissance :	1951		
Adresse :	Rue 437 N° 43		
Cité des Amicales des Fonctionnaires Algériens		Total des frais engagés : 1769,30	
Tél. :	0662180042 1769,30 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> الحاصل على التدريب والتحصيل العلمي تسيير محله لغير المختار 54 شارع جده الوداعية حي الموظفين 06 78 22 86 39 05 28 84 30 02 </div>		
Date de consultation :	17-06-2022		
Nom et prénom du malade :	K RATT Naïme Age: 64		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Scl Etiopathie		
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'auteur

- 3 -

Le : 17/01/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	106/22	176,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, 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"/>																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																				
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	D																				
00000000																					
35533411																					
B	11433553																				
G																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

Docteur Abderrahim FOUSSI

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echo graphie Générale

Faculté de Médecine Montpellier

Expert Assermenté Près les Tribunaux

Diplômé de Diabetologie de nutrition
et de Diététique Médical

Facture Médecine Montpellier

D.U. Médecine du Travail F.M. Rennes

Certificat du Permis de Conduire

الدكتور عبد الرحيم الفوysi
الطب العام

شهادة فحص بالصدى

بكلية الطب بمونبليي

خبير محلل لدى المحاكم

دبلوم جامعي في مرض السكر

والتغذية بكلية الطب بمونبليي

دبلوم جامعي في طب الشغل

بكلية الطب بربن

شهادة رخصة السياقة

117 JUIN 2022

Agadir, le : أكادير في

Dr KRATI Naima

69,00
 ₣

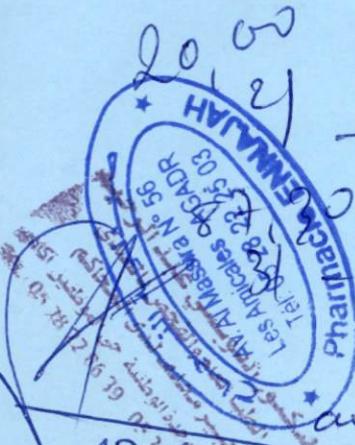
Doc in Vox

S.V.

10 - S - 31

LOT: 220119
 DLUO: 01/2025
 69,00DH

PPV:20DH00
 PER:10/24
 LOT:K2716



176,30

Doliagrypino

100 mg x 2 a 3

S.V.

Monozedax

100 mg x 10

MONOZEDAX® 500mg
 Boite de 5 COM PEL
 P.P.V : 87,30 DH



6 118001 183821
 Maphar
 Km 10, route cotière 111
 Ql-Zenata, Ain Sébaa, Casablanca
 Maroc

في الودديات، أمام مسجد الفتح - الهاتف ب : 05 28 84 31 02 - م : 05 28 22 86 39
 N°56, Av. Al Wahda Al Wataniya - Les Amicales Tél. B : 05 28 22 86