

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

Déclaration de Maladie

M22- 0007751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 4161 Société : R.A.M. 28297

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HLILA HAKIMA

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse : 179 Bd BRAHIM Roudani Ap 20
Meknès.

Tél. : 0661 178650 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/7/2022

Nom et prénom du malade : HLILA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HOPC

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 : 14/7/2022 Le : 14/7/2022

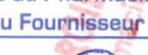
Signature de l'adhérent(e) : HLILA

[Redacted area]

RELEVE 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
14/7/2012	CS	300 DH	Dr. IDRIS Abdellahim ORL et Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casa Tél : 05 22 22 01 41	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.7.2022	185,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET O.R.L.

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISI
SPECIALISTE
DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE DE PARIS

الدكتور عبد الحميد الإدريسي
اختصاصي

خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le 14 - 7 - 2022

Hilal Hakim

7480x2
 2180
 1400
 185,40
 PHARMACIE DES ARCHERS
 BERRADA Pharmacie
 Boulevard Lalla Yacout
 05 22 27 35 83 - CASA

Septembre
 n° 211 x10
 Polypexol

3 gélules 211 x 6
 Dafinax
 1c 211

Dr. IDRISI Abdelhamid
 O.R.L et Chirurgie de Face et Cou
 103, Rue Chaouia - Casa
 Tél : 05 22 22 01 41

٥٠٠

سيسي

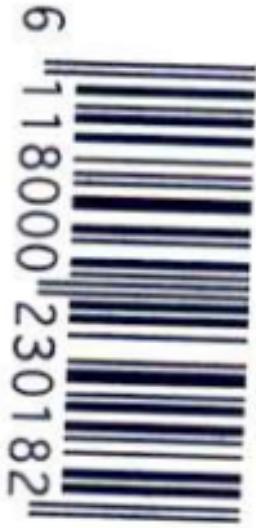
سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبيسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



DT : 05322013
LPER : 02/2025
PPV : 74.00 DA

IBERMA

تحب احترام الجرعات الموصوفة

٥٠٠

سيسي

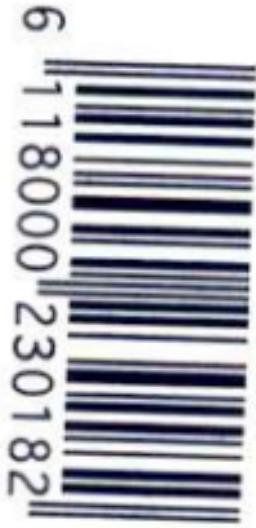
سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبيسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



DT : 05322013
LPER : 02/2025
PPV : 74.00 DA

IBERMA

تحب احترام الجرعات الموصوفة

®

Dolipron e

PARACÉTAMOL
1000 mg



COMPRIMÉ

b
BIALEK d.o.o. Ljubljana - Alkolska - Cestovna
S. Pachouda - Pharmacie Uzopeniebie

PPV: 14DH00

PER: 05/25

LOT: L1928



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80

