

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

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

M22- 0025567

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451 Société : AE8902

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saussi LAILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SARA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0025567

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- Réclamation : 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 - 1^{er} Etage Angle Rue Mohamed El Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage



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

N° W19-510537

Maladie

Dentaire

Optique

Autr

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOUSSI HENEGHI HACH

Date de naissance :

01.09.1974

Adresse :

El Soussi Lahcen Benel Chouf

Tél. :

0706148546

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

D. Abdellah BOUABID
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Date de consultation : 14.07.2022

Nom et prénom du malade : HENNAN SARA

Age : 11 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

asthme

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 décrois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18 SEP. 2022

Signature de l'adhérent(e) :

SOUSSI HACH

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-510537

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 11451

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
14.07.2022	C	200.DH	INP : 10611261MD Dr. Abdelbakim BOUABID Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico Faciale Tél: 05 22 82 04 60	Nasofibroscopie K 15
			400.DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ENPE 14/07/22	14/07/22	366,-

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

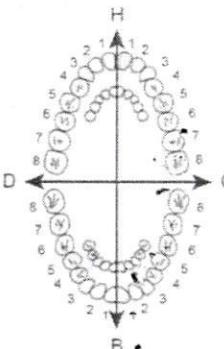
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DÉBUT D'EXÉCUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	RIN D'EXÉCUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXÉCUTION [REDACTED]

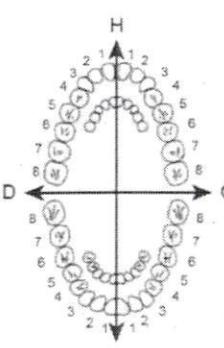


O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

- Spécialiste en ORL et Chirurgie :

Cervico - Maxillo - Faciale

- Exploration Endoscopique

- Exploration Vertige et Surdité



الدكتور بو عبید عبر العنكبوت

- اختصاصي :

- في أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة

- جراحة الوجه والعنق وحساسية الأنف

- اختيارات الدوخة ووضائف السمع

- الفحص بالمنظار و المجهر



Berrechid le : 14.07.2022

061126140

Mme Mouna

Sara

64,10

Axillary

36,40

Kpreef

19,00

Axome

5,00

Xycth

26,00

Lev

100

14. 215,81

(le vest) - 06

34,10

Epiwai stres Ig (color)

Lev

nerves. lev

14.) 0,15



AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10
LOT 15003 10
EXP 06/2023



Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



PP.V : 36 DH 40
UT.AV : 03-25
LOT : 7216

N° lot : 21008
PER : 06/24
PPV : 75 DH 50

Xycet® 5 mg
Lévothiérizine dihydrochloride
30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



Dr. BOUABID Abdelhakim

- Spécialiste en ORL et Chirurgie :
- Cervico - Maxillo - Faciale
- Exploration Endoscopique
- Exploration Vertige et Surdité

الدكتور بو عبیر عبد الحكيم



- اختصاصي :
- في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق وحساسية الأنف
- اختياريات الدوحة ووسائل السمع
- الفحص بالمنظار والمجهر



061126140

14/07/2022 Berrechid le :

Facture N° : 2267/2022

Nom et Prénom :

Mademoiselle MENNAN SARA

Nasofibroscapie	400
<u>**total général</u>	400

Arrêté la présente facture à : QUATRE CENT .



**Docteur
BOUABID Abdelhakim**



**Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité**

**الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم**

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأنف
و الحنجرة و الوجه و العنق
اختبارات الدوخة و و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهز

Berrechid le : 16.07.2022

Nom et Prénom : Mme Mennan Sara

Age : 15ans

Indication : Obstruction nasal

COMPTE RENDU DE NASO - FIBRO - LARYNGOSCOPIE

Examen réalisé à la fibroscopie souple, avant et après application du vasoconstricteur local montre les particularités suivantes :

Cavités nasales :

Deviation de la cloison nasale . gache

Cavum :

NB

Pharyngolaryngoscopie :

NB

Conclusion :

