

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 canaux, 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 canaux.

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- 0029331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04489

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABDELMOU MEN ABDELHADI

Date de naissance :

25/05/1960

Adresse :

270 LOTISSANT YASMINA Mohammed

Tél. :

0663641251

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL KHIATI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Abdelkrim Khattabi Immeuble
Pharmacie Ibn Rochd - Mohammed VI
Tél. 05 22 20 20 30 - 06 62 75 20 60

Date de consultation :

29/09/2022

Nom et prénom du malade :

Abdelmoumen Abdelhadi

Age : 62 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

vertiges

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) :

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29.09.22	8,		86.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMINA SABRINA OUBET 43 Chemin de la Pute - El Alia Hammedia - Tél: 0523285212	29/09/2022	78,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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"/>															

N ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale EL ALIA

Dr EL KHIATI Rhizlane

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Explorations de la Surdité, des Acouphènes et des vertiges
Explorations endoscopiques
Allergologie ORL

الدكتورة الخياطي غزلان

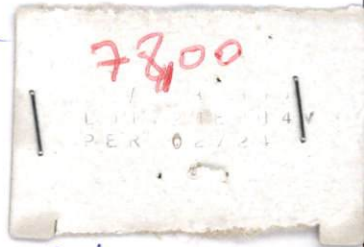
طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن،
الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة الطنين ونقص السمع
تشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Mohammedia, le 29 09 2022.

Ab delmoumen Abdel hadi

78,00

Behaverc



1px x 2/j

PHARMACIE AMINA
SABRINA OOTBI
55 Chetouane EL ALIA
M Mohammedia - Tel: 0523 28 26 30

Dr. EL KHIATI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Abdelkrim El Khattabi Immeuble
Pharmacie Ibn Rochd - Mohammedia
Tel : 0523 28 26 30 - 06 62 75 26 60

Dr EL KHIATI Rhizlane

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Explorations de la Surdité, des Acouphènes et des vertiges
Explorations endoscopiques
Allergologie ORL

الدكتورة الخياطي غزلان

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن،
الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة الطنين ونقص السمع
تشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Mohammedia, le 29 09 2022.

Abdelmoumen Abdelhadi.

Dosage vit D.

Dr. EL KHIATI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Abdelkrim El Khattabi - Mohammédia
Tél : 0523 28 26 30 - Fax : 0523 28 26 31 - Email : centreorlelalia@gmail.com