

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

N° W21-769728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALID BOUSBINA

Date de naissance : 16/01/1966

Adresse : GOLF CITY V8 TANGER VILLEVERTE
BOUSKOURA

Tél : 0663722703

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2022

Nom et prénom du malade : KHALID BOUSBINA

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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 : ROSS

Le : 01/11/2022

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 - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et Chirurgie
N° 2250 04 40/06 10 88 02 36
Bd. H. Oudjett
Casablanca



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
01/11/22	C2		3000 H	INP : 111200660

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 pharmacie Mouleharria PHARMA Tél: 05 22 59 03 51 / 06 66 74 74 52	01/11/2022	189

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

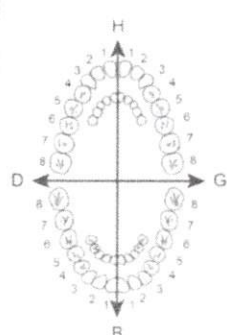
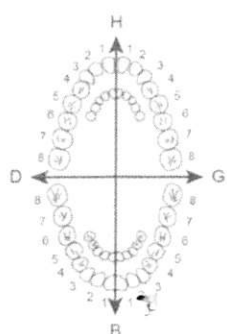
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

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

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale

الدكتور علوان محمد امين
أمراض جراحة الأنف والأذن والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

- Traitement de la surdité
 - Chirurgie de la thyroïde
 - Traitement du vertige
 - Prise en charge du ronflement
 - Rhinite Allergique
 - Chirurgie endoscopique
 - Ancien médecin à l'hôpital
- 20 Aout Casablanca



Spécialiste de la Thyroïde
أخصائي الغدة الدرقية

Casablanca le : _____ :الدار البيضاء في:

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
- غشت الدار البيضاء

01 Novembre 2022

Mr BOUSBINA KHALID

28,70 SOLUPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 7 jours

119,10 RISONEL

2 pulv le matin pendant 15 jours

21,80 POLYDEXA

3 gouttes x 3/ jour pendant 7 jours

T = 189,60

pharmacie
toplaza
MOUENAKHER PHARMA
Tél : 05 22 59 03 97 / 06 66 74 74 62

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en ORL et chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haïfa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Lot/Batch: 1PV2A
Fab./mfg.: 10/2021
EXP: 09/2024

Solupred® 20mg

OPEN

Angle Boulevard Al Qods et bd Haïfa, Résidence Ryad Al Qods gh2,
Ain Chock - Casablanca- Tél: 0522 50 04 40 - Urgence : 0610 88 02 35

Site web : www.orlcasea.com



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA[®]

Ne pas avaler



21,80

