

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0012763

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société : ALHAYY
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YASSINE LAHOUSSINE
 Date de naissance : 01.01.81
 Adresse : Hay Moulay ABDELLAH Route N°73
 Casablanca
 Tél : 066645369 Total des frais engagés : 693 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DEMOSTARHIF EL IDRISSI Amal
 1er Etage Bd Taza N° 3 Inara 2
 Ain Chock Casablanca Tél: 092221901
 Date de consultation : 16/12/2022
 Nom et prénom du malade : BENSCHAR MALIKA Age : 60
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Bénévoles
 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 : Casablanca

Le : 16/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
16/12/22	S		2000H	Dr. El Mehdi IDRISSI Amal 1er Etage Bld Zoua N° 3 Inara 2, Chock Casablanca Tél: 05 22 52 19 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENCHIKH Dr El Mehdi IDRISSI Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40 CASA - Tél 0622 60 24 80	16/12/22	393,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

suspension de fluticasone/
salmétérol
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé

FFU 195.00

HETE

Ofiken

Céfixime

200 mg

16 Comprimés pelliculés Voie orale

LOT 220623
EXP 02 24
PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRES

Montant détaillé des Honoraires

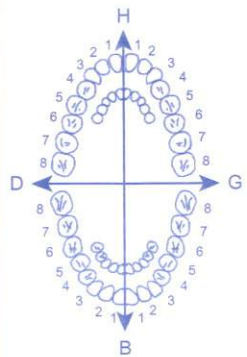
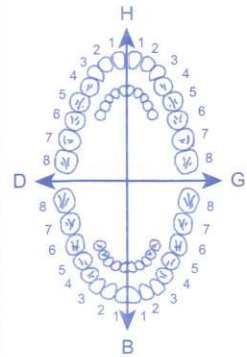
IM IV

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td><td>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>B</td><td>B</td></tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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. MOUSTARHFIR EL IDRISSI AMAL

spécialiste des maladies
respiratoires



د. المستغفر الإدريسي أمال

إختصاصية في أمراض
الجهاز التنفسي

Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (spirométrie)

Pathologie du sommeil

الضيق - السيل - الحساسية

الفحص بالمنظار

فحص وظائف الرئة

أمراض النوم

إختبار الحساسية

Casa Le الدار البيضاء

NALIKHA BENSCHER

170100
10 of 16
14/12/2019
14/12/2019 (x6)

185100
10 of 16
2B-0 - 2B (x10)

38100
3) Erlos
14/12/2019 (x15)

393100

Dr. MOUSTARHFIR EL IDRISSI AMAL
Pneumologue
1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2,
Ain Chock Casablanca Tél: 05 22 52 19 01

PHARMACIE INES
صيدلية إنيس
BENCHIKHI B.
Dr. En Pharmacie
Hay Moulay Abdallah Rue 75 n° 40
CASA - Tél: 0522 50 24 80

الطابق الأول، شارع تازة، الرقم 3، إقارة 2، عين الشق - الدار البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tél.: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr