

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-776183

143097

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23946 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEJJARI HALINA

Date de naissance : 1970

Adresse : 181 rue ALBARA HAY NAADAN Rabat

Tél. : 670246244

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI

Diplôme d'Echographie Générale

Médecine Générale

Cachet du médecin :

SOS Médecin : 06 61 21 59 48

23, Angle Avenue Résistance et Rue

Togo, Appt. 10, Océan - RABAT

Tél. : 09 3720 30 35

Date de consultation : 13-12-2022

Nom et prénom du malade : Nejjar Halima Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal

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 : Rabat Le : 13/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Halima

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-776183

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 :

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
13/12/2024	Tel	C	150,00	INP : 101005437 
12	Ag		200,00	
2024	av. 11		350,00	

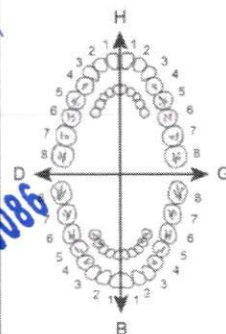
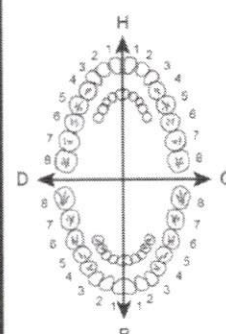
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
	13/12/2024	432,00

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.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10
Océan - RABAT

Tél.: Cabinet: 05 37 20 30 35

GSM : 06 61 21 59 48



الدركتور عزيز علمي مروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمارة 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

Rabat, le 13 12 2022 في الرباط،

Nom Nejjar Halima

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Orelox 100mg b10 cp pel
P.P.V : 107,10 DH
118001 080501

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Orelox 100mg b10 cp pel
P.P.V : 107,10 DH
6 118001 080501

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
6 118001 082247

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (اللائحة I)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70

6 118000 060536

Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Echographie Générale
Médicine Générale
SOS Médecins : 05 37 20 30 35
23, Angle Avenue de la Résistance
Togo, Appt. 10, Océan -
Rabat - Tel: 05 37 20 30 35

STE HASSANIA OUSSAID
Résidence Nakhil II N° 12P
Avenue Ahmed Reda Guedira, Nahda
RABAT - Tel: 05 37 65 74 29

INPE : 102030558

ICE:003056280000086

125,30 - Tetra grip Tetra Vaxigrip
107,10 - Orelox 100mg b10 cp pel
48,70 - Solupred 20 mg 20 cp
30,00 - Flubron 100mg 3x
14,00 - Soluprane 100mg 3x
43,20

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K1908



أقر اص

b

بوني ح
م. البرهسي، سيجالي، مسعود
م. الكازيماري، م. بن الحبيب - الدار البيضاء

1000 مغ

ان

Fluibron[®] 0,3%

Ambroxol

30,00



تركيب :

أمبروكسول كلوريدات 0,30 غ
سواغ كمية كافية من أجل 100 مل
(يحتوي على كليسرو، سوربيطول، باراهيدروكسيبنزوات
المثيل و باراهيدروكسيبنزوات البروبيل)

أنظر البيان الداخلي قبل الإستعمال
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

Fluibron®

Ambroxol
Sirop
Flacon 200ml
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240426

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10
Océan - RABAT

Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35

GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي سروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمارة 23

رقم الدار 10 - حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

Rabat, le 13 12 2022 في الرباط،

Nom Nejjar Helms اسم

Prélèvement nasopharynx

Test antigénique et de dosage.

Sars-cov 2 = Covid 19 =

Négatif

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Echographie Générale
Médecine Générale

SOS Médecin : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT
Tel.: 05 37 20 30 35