

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° W21-707088

149032

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5212 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bekkai Nabil

Date de naissance : 08.12.1964

Adresse : 11 Rue Moulay El Mouslim Amen ben Ateir E

Case :

Tél. : 0664 000 751 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2025

Nom et prénom du malade : Bekkai Nabil Age :

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

Nature de la maladie : Lésion Mécanique du genou (Chirurgie)

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 : Casa Le : 08/02/2025

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 02/02/23 | | 9 | 6 | INP |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Mohamed El Moudjahid
Chirurgien Oropharyngien
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med Abdou

| EXECUTION DES ORDONNANCES | |
|--|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Montant de la Facture |
| 2023 | 2,40 |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pharmacie Nouvelle Medina
4 Rue 1033
Douar Oula
Tél: 02238937

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | [] |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | [] | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PIASCLELINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLELINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



édites:

- Dr. Abderrazak HEFTI

21

مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

ET DE LA VUE
الدواء بعيدا
PPV 188.00 DH

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 02/02/23

BEKKALI NABIL

ET LA VUE DE
الدواء بعيدا
PPV 188.00 DH

ET LA VUE DES
الدواء بعيدا
PPV 188.00 DH

- Piascleline 300 : 15
6x 188,00

- Floxam 150
116,40 2x 150

- Paracetamol 500
2x 20,00 1g x 3

- Novex 40

4x 132,00
182,40
Mc / 8
p2. 8

PPV 116DH40
LOT 29012 2
EXP 09/2024

22389775 - Casablanca
ZERKTOUNI
Medicine

132,00
LOT 223718 1
EXP 10 2024
PPV 132,00 DH

132,00
LOT 223718 1
EXP 10 2024
PPV 132,00 DH

132,00
LOT 223718 1
EXP 10 2024
PPV 132,00 DH

132,00
LOT 223718 1
EXP 10 2024
PPV 132,00 DH

PRASCOLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoria

PPV : 188,00 DHS



6

118001

072644