

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0050590

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H. RCH Société : BOUCHAIB

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IBNOUCHEIKH Zohair  
ORL & Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Ibn Zarea & Med V  
Imm Nakhla 1 Appt 2 - KEN TRA  
Tél : 05 37 36 80 71  
INPE: 051070571

Date de consultation : 2/3/2023

Nom et prénom du malade : H. RCH Bouchaib Age : 68

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Myiase CAE

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 : Kenitra

Le : 2/3/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050590

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
21/3/23		Cs	300.00	

Dr. IBNOUCHEIKH LOHOUIC  
ORL & Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Ibn Zarrak & Med V  
Nakhla 1 Appt 2  
Tél : 05 37 36 88 74  
INPE: 051070571

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
 MIMOSAS Bd Mohammed VI INPE: 052042736	02/03/23	237,50

# 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	

# VOLET ADHERENT

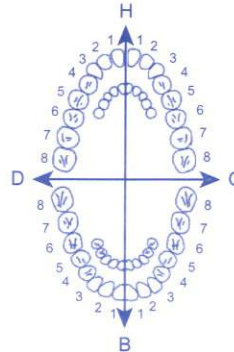
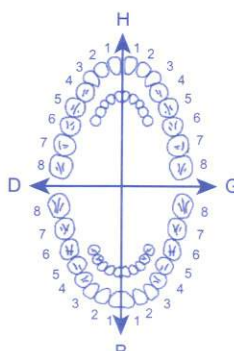
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

**Dr. IBNOUCHEIKH Zouheir**

**ORL**

Maladie et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge

et Chirurgie de la Face et du Cou

Exploration de l'Audition

Ex-Chef de Service ORL à l'Hôpital

El Idrissi

Kénitra, le

21/3/2023

الدكتور ابن الشيخ زهير

طب وجراحة الأنف . الأذن . الحنجرة

وجراحة الوجه والعنق

استكشاف السمع

رئيس قسم سابق بمستشفى

الإدريسي

القنيطرة



206985

HIRCHI Bouchaib

28,60

1) Chibrocadon gtt

32,90 2 gtt tj - atic

2) Exodeul solution

88,00x2 2 gtt tj son pd 2 j

3) Centec 10mg cp

2 cp tj son pd 2 j

237,50

صيدلية سيدي مورا  
**ELMOSA**  
Pharmacie - Parapharmacie  
360, Bd Mohammed V - KENITRA  
Tel: 0537374523 / Fax: 0537373409  
INPE: 052042736

**IBNOUCHEIKH Zouheir**  
Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Ibn Zarrak & Med V  
Imm. Nakhla 1 Apt 2 KENITRA  
Tél: 05 37 36 80 71  
INPE: 051070571

Angle Ibn Abi Zaraa et Med V, Imm. Nakhla 1 Apt 2 (en face Clinique Anoual) - Kénitra / Tél: 05 37 36 80 71 - GSM: 06 61 70 49 19

زاوية ابن أبي زرع وشارع محمد الخامس إقامة نخلة 2 (أمام مصحة أنوال) - القنيطرة / الهاتف: 05 37 36 80 71 / المحمول: 06 61 70 49 19

PPV: 88DH00  
PER: 06/25  
LOT: L2120

30 comprimés sécables



PPV: 88DH00  
PER: 06/25  
LOT: L2120

**Curtec® 10 mg**  
Cétirizine

30 comprimés sécables



LOT: 0016  
EXP: JUN 2027  
PPV: 32,90 DH  
استعمال محلي

**SANDOZ**

EXODERIL® SOLUTION 1%  
Flacon de 10 ml



**CHIBRO-CADRON**  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV: 28,60 DH



Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 27182  
Bouskourt - MAROC