

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-791719

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11676 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ERRAJI EL BACHIR

Date de naissance : 16/08/2

Adresse :

Tél : 0664418240 Total des frais engagés #300dh + 252,6dh # total 552,6

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ERRAJI CHARLES Age :

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

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 20/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHER

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
20/05/23	CS	3090.04		INP : 091033696

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 0920388901	20/05/2023	252.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

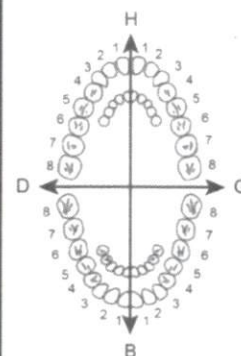
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

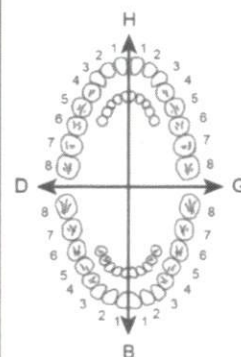
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL
Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة
و جراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع
التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية
طبيبة اختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

الدار البيضاء، في 20 Mai 2023 Casablanca, le

El Enagi Chakib

$65,00 \times 2 = 130,00$

1) Bioticplus 500g S.V
A 5 x 315 gmp

40,00
2) Cotipal 20g S.V
A 5 x 315 gmp

82,60
3) Aler 2 S.V
A 5 x 315 gmp

$T = 252,60$

PHARMACIE LAAYOUNE
Dr IBRAHIMI Hind
635 rue Goulmima - Casablanca
Tél : 05 22 26 21 04
INPE : 092038991

Dr. EL MANSOURI
Médecin Spécialiste en ORL et
Chirurgie Cervico-Faciale
Appt. N  1 Bourgogne - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 20 21 00



LOT : 220510
EXP : 04/2025
PPV : 82,60DH

633. زنقة كلميمة، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1 r Etage - Appt N  1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني: E-mail : mansouriorl@gmail.com - الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00 Tél./Fax :

مضاد حيوي

بيوتيك® بلوس

500 ملغ / 62.50 ملغ

أموكسيسيلين - حامض كلافلورانيك
علبة من 12 لفيفة

BIOTIC PLUS

500 mg / 62.50 mg

Poudre pour suspension buvable en sachet

Boîte de 12 sachets - P.P.V. : 65,00 DH



علبة من 12 لفيفة
أموكسيسيلين - حامض كلافلورانيك

بلوس بيوتيك®

500 ملغ / 62.50 ملغ



BIOTIC PLUS
500 mg / 62.50 mg
Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 12 sachets - P.P.V. : 65,00 DH

مضاد حيوي

بيوتيك بلوس

أموكسيسيلين + حامض كلافلونيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

LOT:K2021
FAB:06/22 PER:06/24

مسحوق لشراب معلق

بيوتيك بلوس

أموكسيسيلين + حامض كلافلونيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

LOT:K2021
FAB:06/22 PER:06/24

مسحوق لشراب معلق