

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-763028

66312

Optique

Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 932 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 10 mois

Nom & Prénom : 1932 Yusef

Date de naissance : 1939

Adresse : 43 Rue Az Rassas

Tél. 0661144243 Total des frais engagés : 832.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : INP: 091082763 GEM: 06 51 58 02 39 / 98 03 28

Sounaya Rés. Scharazade - CASA

Angle Bd Abdelloumen et Rue

Dr Houda KADIR MEKOURI

Spécialiste en Rhumatologie

Dr Houda KADIR MEKOURI

RELEVE 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
19/6/2023 US			400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme. Mme. Monan 12, Rue Vincennes 93170 Bondy</i>	<i>19-06-23</i>	<i>432,70</i>

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DÉBUT D'EXÉCUTION																	
				FIN D'EXÉCUTION																	
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">H</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	21433552															
					25533412	00000000															
					00000000	00000000															
D	G																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXÉCUTION																					

Casablanca, le 19/6/2023

DR QUARTI Mustapha

12-10

<u>Colchicine</u>	1 mg	1cp/j x 10j -
<u>Zylocic</u>	200	1cp/j x 3 mois
<u>Artiflex</u>	2 gélules x 2/j x 2 mois	
<u>Vitamine E</u>	500 petit fl	1 cp matin 1 cp midi 2 cp soir

Aniat Roll on

89,50

x 1/21 x 28

1432,70 Deyale

min de

* Sues.

Dr Houda KADIRI MEKOUAR
Spécialiste en Rhumatologie

Angle Bd Abdellahoumen et Rue Sournaya
Résidence Shehrazade 3, 1^{er} Etage N° 3 - Casablanca
Tél. : 0522 98 02 39 / 98 03 28 - GSM : 0651 58 98 05

sesblanca - Tel. 0522 23 11 72
82, Rue Mohamed Bahi
Mme. Souad AMOR

PHARMACIE DE L'OPERA

PPV
LDT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

13,40

LOT 221347
EXP 05 2026
PPV 31.30

LOT 222185
EXP 06 2026
PPV 31.30

LOT 213600
EXP 04 2026
PPV 31.30

LOT 17688/FC20
PER 01/2026
PPC 149,50

45 G

8 051128 636727

Lot : 23044
À consommer de
préférence avant le : 02/2026
P.P.C : 89,50 DH