

## 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W21-798701

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 10023 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : TEN ZARI YOUNES 168636

Date de naissance : 07-11-70

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : 0661552756 Total des frais engagés : 758,-

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 MAI 2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : *pathologie chronique*

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 : \_\_\_\_\_ Le : 18/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-798701

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 10023

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : 758,-



# 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
8.05.97			3000	INP: 09110833213

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/97	458,17

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412   21433552  00000000   00000000  D  00000000   00000000  35533411   11433553  B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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  
**Fatima BOUCHOUA**

**Spécialiste**

Oto-Rhino Laryngologie et Chirurgie  
Cervico-Maxillo-Faciale

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nancy (France)
- Doctorat en Médecine - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ex-Chef de Service d'ORL à l'Hôpital El Antaki -Marrakech



الدكتورة  
**فاطمة بوشوي**

**اختصاصية**

أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

العنق - الوجه والفك

• خريجة كلية الطب والصيدلة بنانسي (فرنسا)

• دكتواره في الطب - كلية الطب والصيدلة بالرباط

• رئيسة سابقة بمصلحة الأنف، الأذن والحنجرة

بمستشفى الأنطاكي (الخميس) بمراكش

08/05/2023

Marrakech, le : .....

**TENZALI YOUNES**

37.7

- **Duoxol 500 mg / 2 mg - comprimé**  
02 cp deux fois par Pdt 15 jours Puis 01 cp deux fois par jour  
Pdt 15 jours

131.7

- **Nasonex 50 µg / dose - suspension pour pulvérisation nasale**  
01 doses le matin dans chaque narine Pdt 01 mois

216.7

- **Euzol 40 mg**  
1 cp le soir avant le dîner Pdt 01 mois

LOT : 2557  
PER : 08-25  
P.P.V : 216 DH 00



NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 131,70 DH  
Distribué par MSD Maroc

E-mail : fb.cabinet.orl@gmail.com

Rce. Dar El Hamra Majorelle, 1er étage  
Appt. 5 Imm. B, Bd. Allal El Fassi - Marrakech  
Tél. : 05 24 33 18 27 - GSM : 06 41 63 22 63

إقامة دار الحمراء ماجوريل، الطابق الأول شقة 5  
عمارة ب، شارع علال الفاسي - مراكش  
الهاتف : 05 24 33 18 27 - المحمول : 06 41 63 22 63