

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0025438

C

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1517 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAHIA KHALID

Date de naissance :

28.06.62

Adresse : 2, Rue Aït Nekoul, Av Zer Houné, Souissi, RABAT

Tél. : Total des frais engagés : 753,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Rahim KADDOUSSI
Spécialiste ORL
et Chirurgie Cervico-Faciale
10, Rue Jbel Moussa, N° 3, Agdal
Rabat - Tel. : 05 37 67 13 45
INN : 801108-76

Date de consultation :

18.7.19

Nom et prénom du malade :

YANIA Idrail

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture

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 :

RABAT

Le : 21.8.2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0025438

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 :

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
28/12/23	CS		300,00	<p>Docteur Rahim Spécialiste OR et Chirurgie Cervi 10, Rue Ibel Moussa, N° 3 Ph : 05 37 6 Tel : 05 37 6 IP : 1011087</p>

Docteur Rahim Cerrito
Spécialiste OR
et Chirurgie Cervico-Faciale
10, Rue Ibel Moussa, N° 3
Casablanca
Rabat - Tél : 05 37 63 45
INP : 1011087

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Benjelloun Dr. BENJELLOUN SONIA 3, Av Zerhouni, Bouskoura-Rabat Tel. 0527 63 68 64 Tél. 0527 63 68 64 0527 63 68 64 0527 63 68 64	28/07/23	453.90

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: upward (H), downward (B), leftward (D), and rightward (G). The upper arch has arrows pointing H, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. The lower arch has arrows pointing H, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

10

Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel
de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Médecin Expert en Médecine Aérospatiale
AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

INP : 101108736

Rabat le 28/7/23 الرياط في:

Nom du Patient :

YAHIA ISMAÏL

30.70 x 4

1. Azix 750

15.30

2. vita C 1000

89.00

3. Apixol grise

mu 2 APP 3 x 11 x 06

4. Deliprane 1000

16.30

5. Snyfrance 1cp en 15

épulu 3x/1 x

1 = 453.9-

Docteur Rahim
Spécialiste ORL
et Chirurgie Cervico-Faci-
10, Rue Jbel Moussa, N° 3
Rabat - Tel : 05 37 67 13 45
INP : 101108736

10, Rue Jbel Moussa, Appt. 3, Agdal - 10080 - Rabat

Tél : 05 37 67 13 45

Fax : 05 37 67 13 48

PPV: 14DH00
PER: 04/26
LOT: 1831

6 118000 040972
10 Comprimés sécables
Doliprane 1000 mg
Paracétamol

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

16,30

8 032578 479676
LOT 230140
2026/02
PPC: 89,50 DH

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 418000 032069

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 02/2026
LOT 3102014

10, رض بجنس شقة 3
الهاتف : 05 37 67 13 45
الفاكس : 05 37 67 13 48

PPV 790H70
PER 04/26
LOT M1242

PPV 79DH73
PER 04/26
LOT M1242

PPV 790H70
PER 12/25
LOT 12603

PPV:79DH70
PER:01/25
LOT:L109

