

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

- Réclamation : 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



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

N° W19-467568

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELMIR KHALID

Date de naissance : 23/11/1966

Adresse :

Tél. : 0678804749 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 87 57 21

Date de consultation : 02/10/2029

Nom et prénom du malade : BELMIR Anas Age: 09 ans

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

Nature de la maladie : Rhino Conjonctivite allergique et asthme péris- tant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Beni Chou Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-467568

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

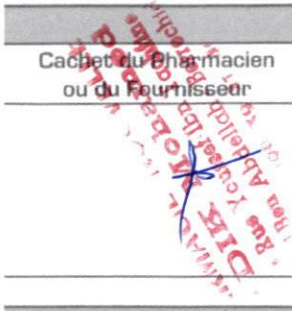
Total des frais engagés :

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
02/10/19	CS	01	250 dirhams	INP : 061011920 Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri 1er Etage CP: 26100 Berrechid Gsm: 06 91 57 57 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-10-19	1104,90

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

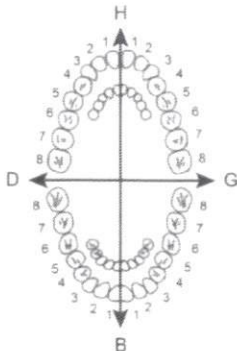
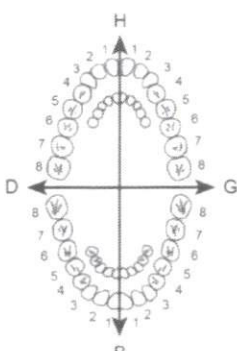
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] 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 MABCHOUR Rachid

Spécialiste des Maladies
Respiratoires et Allergiques
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور مبشور رشيد

أخصائي في الأمراض
التنفسية والحساسية
خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le :

21/10/2019 في برشيد

M^{le} 9088

Age = 09 ans et 3 mois

Poids = 27 kg

BELMER Anas

SYNTHEMEDIC
22 rue scubair bna al aouam rochet
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
100 µg par dose P des p inh
Flacon de 120 doses
10314 DMP/21/NRG P.P.V. : 243,00 DH
6 118001 020928

243,00

1) Symbicort 100 (S.V)

1 bouffée x 2 par jour



6 118001 160174

303,000 2 mois

2) Singulair 5mg

(S.V)

SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 436 - BOUSKOURA
P.P.V. : 303,00 DH
AMM 204 DMP/21/NCI

207,00

3) Comprimé de SINGULAIR
en relais, par ROMELUS

PPV : 207DH00

4) Comprimé de SINGULAIR
7etana3 (S.V)

PPV : 207DH00

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21

80, شارع عبد الله القادري - الطابق الأول - ر. ب : 26100 برشيد - المحمول : 06 91 97 57 21

80, Bd. Abdellah Kadiri - 1er étage - C.P. : 26100 - Berrechid - GSM : 06 91 97 57 21

Moss
pulvérisation par machine
pour x 15 jours, le matin



5) Zadryl - Sirop



2 cuillères - mesure / cuillère à
café), le soir

31.90

No 1,90



Doc
Spéc
80, Bd
100 - 1er Etage
Gsm: 06 91 97 57 21

PHARMACIE NOUVELLE
Dr DIK Mohamed
Angle Rue Youssouf Ben Tachfine
et Allal Ben Abdellah - Berrechid
Tél : 022 32.31.40