

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-727631

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8689

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUZOUNE HICHAM

Date de naissance : 06-10-1966

Adresse : CITTE EL KARIA Bloc 2 N° 54 CASABLANCA

Tél. : 0661066263

Total des frais engagés : 582,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DAOU FAISSAL
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervicofaciale
80, Bd. Grande Ceinture, Résidence Aziza
Hay Mohammadi - Tél. 05 22 63 63 68

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2022

Nom et prénom du malade : MOUZOUNE HICHAM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION O.R.L.

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019



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
09/08/92	5 15		250.00 100.00 350.00 211	INF: 09404283 Spécialiste FAIS Chirurgie O.R. 80, Bd. Grande Ceinture Hay Mohammadi - Tél. 22.63.22.63

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/8/22	237,70

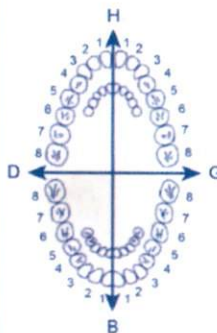
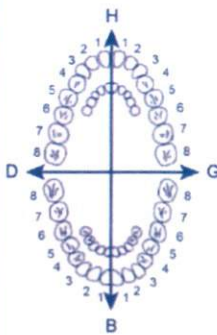
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</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 colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS 													
				DATE DE L'EXECUTION 														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FAISSAL DAOUI

Spécialiste O R L

Chirurgie de la face et du cou
Ancien ORL à l'hôpital Med V - Casa

Membre de la Société Française
d'ORL

الدكتور فيصل الضاوي

إختصاصي في أمراض

- الأذن، الأنف، الحنجرة

- جراحة الوجه و العنق

أخصائي سابقا بمستشفى محمد V - البيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض

الأذن، الأنف و الحنجرة

Casablanca, le : 10 AOUT 2022 : في : الدار البيضاء،

11640
19

Floramy 500 (24 gel)

1 gel 23 28

4090
99

Dydolone 20 el
21 last - 14 7

1020
3

Cetanyl 500

1 1 4

1940
40

Amikis Squader

106
106

3920

Fulcinhe Grané

1200

But veral creal

1 application

et 19

DR FAISSAL DAOUI
Spécialiste O R L
80, Bd. la Grande Ceinture Résidence Aziza - 1 er Etage (en Dessus de KISSAT AL AZIZA)
Hay Mohammadi - Casablanca - Tél. : 05 22 63.63.68 - Email : daoui.orl@gmail.com

05 22 63.63.68 : الهاتف - الدار البيضاء - الحي المحمدي - (فوق قيسارية عزيزة) - 80, Bd. la Grande Ceinture Résidence Aziza - 1 er Etage (en Dessus de KISSAT AL AZIZA)

80, Bd. la Grande Ceinture Résidence Aziza - 1 er Etage (en Dessus de KISSAT AL AZIZA)

Hay Mohammadi - Casablanca - Tél. : 05 22 63.63.68 - Email : daoui.orl@gmail.com

فوسيدان 2%
كريم
أنبوب من 15 غ

UJH

isable

مختبرات

- Maroc

CETAMYL 500 mg

extrait (Lipid)

PPV : 10.20 DH



6 118000 190219

100x45x20

39,70

LOT : 0201

PER : MAI 2024

PPV : 12 DH 00

BETNEVA 0,1%
Crème, tube de 10g

19,40

PPV 116DH40

LOT 1N024 4

EXP 11/2023

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

40,00

