

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 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° W21-762752

136789

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HABATI

HASNA

Date de naissance :

Adresse :

4, LOT. HAMZA - SIDI MAAROUF - CASABLANCA

Tél. :

9629

Total des frais engagés :

15000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HABATI HASNA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
<p>MAISON DE L'AUDITION SARL</p> <p>Q des Hôpitaux Bd de l'Ensis</p> <p>1er Marais - 93 SABLANCA</p> <p>R C 453099 - TP : 36340659</p> <p>ICE : 002396615000095</p>	09/11/2012					<p>1 appareil auditif</p> <p>15000 dt</p>

MAISON DE L'AUDITION SARL
Q des Hôpitaux, Bd de l'Emiss
1er Mar... CASABLANCA
R.C. 453099 - T.P. 36940659
ICE : 002396615000095

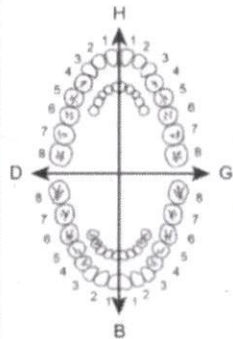
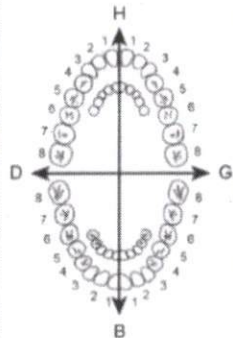
1 appeared and it's
15 months.

RELEVÉ 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.

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-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a series of circles (piers) arranged in an arch shape. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving down. A vertical line labeled 'H' passes through the center of the bridge. A horizontal line labeled 'D' passes through the center of the bridge. A vertical line labeled 'B' passes through the center of the bridge.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The diagram is labeled 'D' on the left and 'B' at the bottom.

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

**CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE**

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3^{ème} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرايبي محمد شكيب

**عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه و العنق**

82, زنقة سومية - شارع عبد المومن
عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 18/01/2022 : الدار البيضاء، في :

CHRAIBI Mde. Chakib

1) Prothèse Auditif

MAISON DE L'AUDITION SARLAU
Q des Hôpitaux, Bd. Mohammed VI
1er Marj - CASABLANCA
R.C. 453099 - T.P. 3534 3659
ICE : 0023964102 00095

Dr. CHRAIBI Mde. Chakib
Spécialiste O.R.L
0522 25 26 19/05 22 98 72 37

Référence : 170/2022

Date : 12/11/2022

MADAME HABATI HASNAA

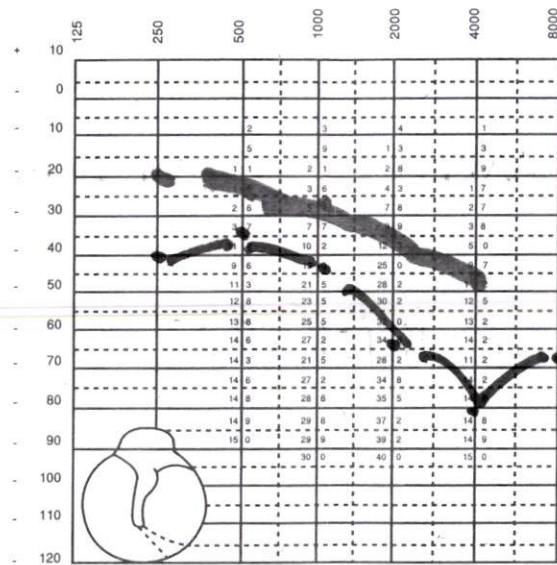
Désignation	Prix unitaire TTC	Quantité	Prix total TTC
-PROTHESE AUDITIVE NUMERIQUE CONTOUR D'OREILLE -MARQUE : SIGNIA -GARANTIE : 2 ANS -CONTROLE ET NETTOYAGE GRATUIT	15000	1	15000

TOTAL TTC DHS 15000DHS

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.
Cordialement,

**MAISON DE L'AUDITION
AUDIOPROTHESISTE**

MAISON DE L'AUDITION
Quartier des Hôpitaux, Bd Mly Idriss 1^{er} Martin 7 Magasin 7 Casablanca
Driss 1^{er} Martin 7 Magasin 7 Casablanca
R.C. 453099 T.P. 36340659
ICE : 002396615000095



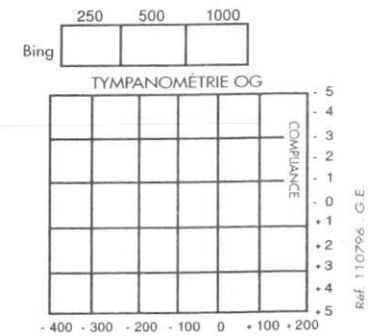
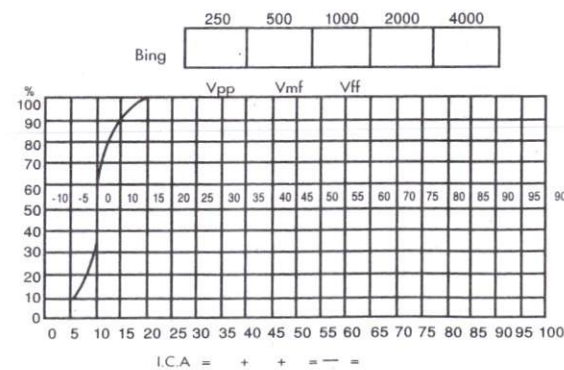
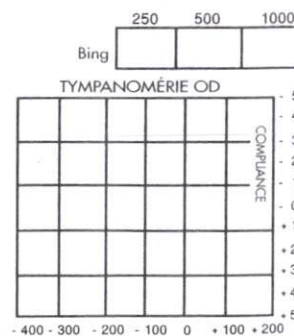
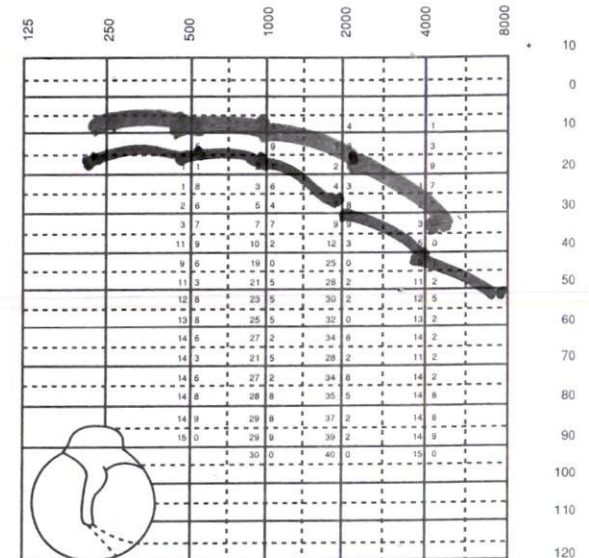
PERTE AUDITIVE

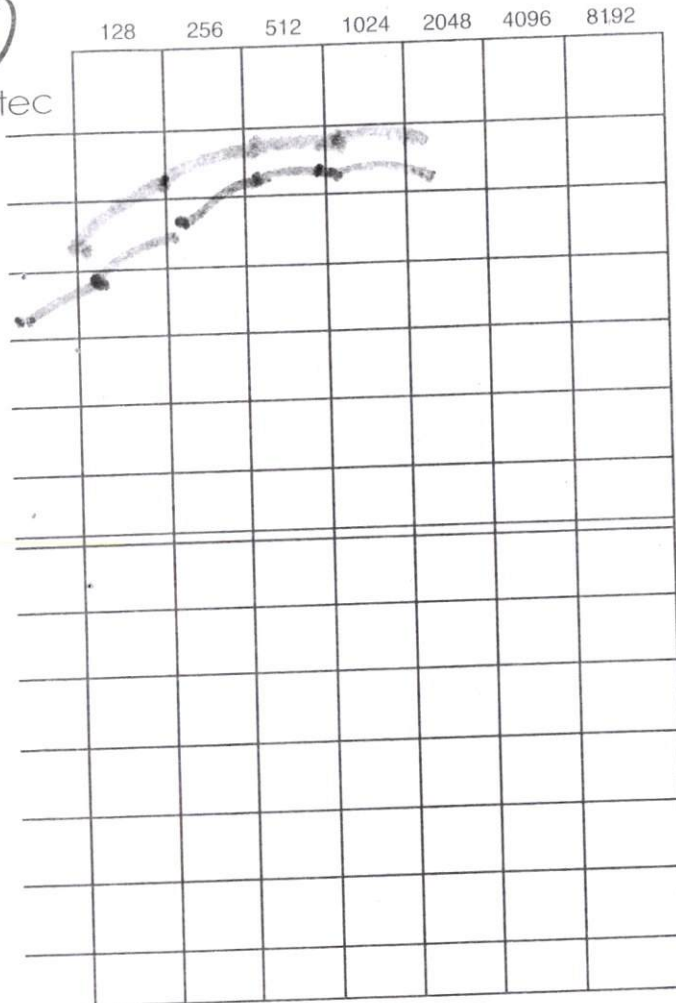
	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

BOX 7 =
MOX 1 =

Total
Perte
Binaurale
en %

8





NOM HABATI Prénom HASSAM
Age Profession
Adresse
Date Le 18/08/22

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Traitement chirurgical
Date :
Côté :
Type de l'intervention :

Dr. CHRAÏBI Moe. Chakir
Spécialiste O.R.L.
Tél: 0322 76 12 34 13 14 15 16 17 18