

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

- 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
M23-000635

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9893 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OLFi HICHAM
Date de naissance : 01 / 05 / 1971
Adresse : 160752
Tél. : 0661187991 Total des frais engagés : 369,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 05 / 2023
Nom et prénom du malade : OLFi HICHAM Age : 52 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Marrakech

Le : 01 / 05 / 2023

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
01/05/23	CS		300,00 MAD	Dr. BRITEL SARA ORL et Chirurgie Cervico-faciale Res Caroline Ad Med VI Gueliz Marrakech Tél : 05 24 43 34 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI DAOU Dr. EL OUIDANI Aicha 124, Douar Sidi Daou Marrakech Tél : 05 24 34 18 77	01/05/2023	60,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

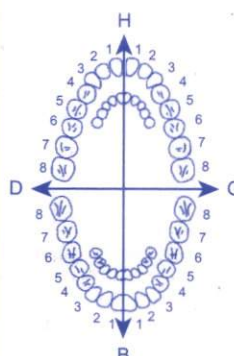
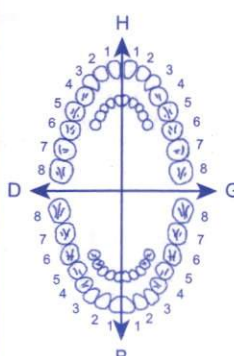
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT 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

D

Oto

* Dip

* Anc

* Dip

RA

Chirurgie cervico-faciale

et de Pharmacie de Rabat

d'Instruction Mohamed V de Rabat

الدكتورة بريطل سارة

أخصائية في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

* خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

* طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

* مختصة في الدوخة و الدوار



PHARMACIE EL DAOU
Dr. EL OULADANI Aicha
124, Douar Sid Daou Targa
Marrakech 40000
Tel: 05 24 43 34 59

0524433459

Mr. Off. Aicham

① - Orapred Long

60,00

4upl x 05j



② - Daxen

2px3l x 05j

③ - Saphur 1g

15x3l x 18m

④ - Physiomex hypertensive

1kwa x 3l x 05j

Dr. BRITEL SARA

OPL et Chirurgie Cervico-Faciale

Appt 3, Res Caroline Bd Med VI Gueliz

Marrakech

Tel: 05 24 43 34 59

05 24 43 34 59

07 08 01 00 70

docsarabritel@gmail.com

شقة رقم 3 الطابق الثالث اقامة كارولين، تقاطع شارع محمد السادس و شارع الفرقة المغربية الجبلية الرابعة، كيليز - مراكش

Appt 3, 3ème étage Rés. Caroline. Angle Boulevard Mohamed VI & Avenue 4ème DMM, Guéliz - Marrakech

01 MAI 2023

Mr Olfi Hicham

Certificat médical

Dr. BRITEL SARA

Je soussignée, **Dr. BRITEL SARA**, certifie

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Apt 3, Res Caroline Bd Med VI Marrakech

Marrakech

Tel : 05 24 43 34 59

avoir vu et examiné Mr Olfi Hicham CIN

E476425 Son état de santé nécessite un repos

de 03 jours du 01/05/23 au 03/05/23 inclus.

Certificat médical délivré à l'intéressé sur

sa demande pour servir et valoir ce que de

droit

Dr. BRITEL SARA

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Apt 3, Res Caroline Bd Med VI Gueliz

Marrakech

Tel : 05 24 43 34 59