

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2584 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BADRANE Fouad
Date de naissance : 01.06.1954
Adresse : Lot 23 Hajj Fatah 1er Etage D Duffa Casablanca
Tél. : 06 66 82 36 31 Total des frais engagés : 1180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 08/05/2023
Nom et prénom du malade : BADRANE Fouad Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection ORL
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 : 08 / 05 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
08/05/2023		C	300 Dn	
08/05/2023	andiol	K _{us}	150 Dn	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/05/23	380,00

[illegible]

2

[illegible]

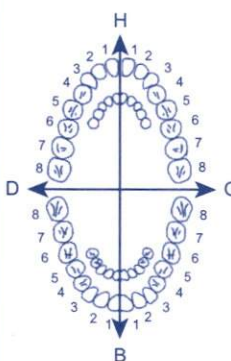
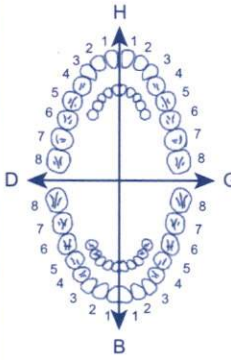
2

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologiste
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdit e
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نضيف

اختصاصية في امراض و جراحة الانف
الحنجرة - الاذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير و الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08/05/23 : الدار البيضاء. في :

BADRANE FOUAD

190.00 x 2

1/ Aeromax Spray No 2
2 pulv x 2 / 10h

LOT:066S046B
PER:09/2024
PPV:190.00 dh

LOT:066S053A
PER:11/2024
PPV:190.00 dh

PHARMACIE WILAYA MOULOUI
Docteur en Pharmacie
ZAKRI Abdelati
07.00.84.17.18
05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09

Dr. Nawal NADEF
MEDECIN OP - FACIALE
CERVICO - FACIALE
Cité Office 58 Lotissement Missimi Etage 4
Appt 44 - 45 Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09

Dr. Nawal NADEF
MEDECIN OP - FACIALE
CERVICO - FACIALE
Cité Office 58 Lotissement Missimi Etage 4
Appt 44 - 45 Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09

T = 380,00

MR BADRANE FOUAD

CASABLANCA , le 08/05/2023

FACTURE

Le docteur NADEF NAWAL vous remercie et vous présente la note de ses honoraires pour :

L'acte : audiogramme

Cotation : K25.

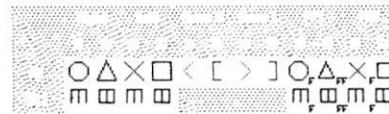
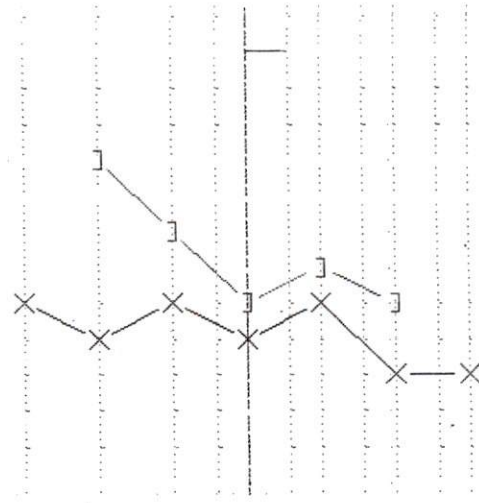
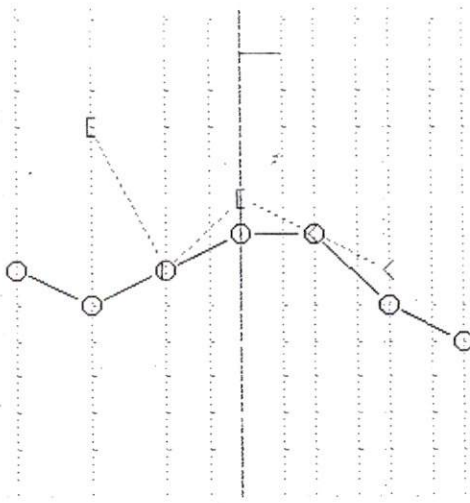
Honoraire : 500 dh .

Arrêtez la présence facture à la somme de : cinq cents dirhams .

Dr. Nawal NADEF
MEDECIN ORL et CHIRURGIEN
CERVICO - FACIALE
Cité Office 5, Lot Missimi Etage 4
Appt 44, Hay Hassani - Casa
Tél: 0522 78 21 / 05 22 99 62 09

ICE :
001812377000090

BADRANE
(FOAD)



↔ ↔ ↔ ↔ ↔

- Seuil de perception à 60-70 db ~~gauche~~ DR
- Seuil de perception à 80-90 db gauche.

Dr. Nawal NADEH
MEDECIN ORL et CHIRURGIEN
CERVICO-FACIALE
cité Office 58/59 Hay Hassani Etage 4
App. 40/45 B 21 / 05 22 99 62 09
Tél: 05 22 125 18 21