

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

M23-002224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7714 Société : 172672
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FADUGI NASR-EDDINE
 Date de naissance : 27/07/1985
 Adresse : WAKELIN, IM: 85, RCE: RUE ABT 103
 Tél. : 06 74098856 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MANSOURI Imane
 Date de consultation : 27/07/2023
 Nom et prénom du malade : MC Fadugi Nasreddine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection d.R.C.
 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 : CASABLANCA Le : 27/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : CNE

Autorisation CNBP 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
26/07/23			309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Coordonnateur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2023	199,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

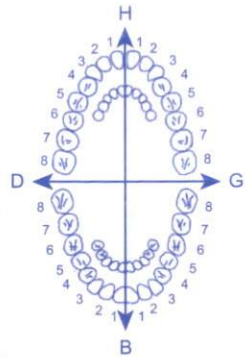
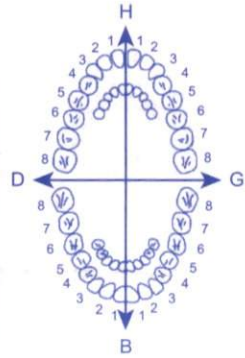
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			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>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



وري إيمان
Dr. ELMA



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Fa
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL
Ancien Médecin Spécialiste en ORL   l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في جراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة، الطنين، ونقص السمع
التشخيص بالمنظار الد
طبيبة اختصاصية ساء

Casablanca, le 26 Juil 2023

M^{re} Fangzi Nasne
85,150
1) clazex XL
20,00
2) cotipred 20
73,80
3) Ixn 20 g
Apt J p d t o

Formule :
Prednisolone 20 mg (sous forme
de m tasulfobenzate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
m tasulfobenzate sodique)
Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients   effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 04/26
LOT: M1180

bottu s.a
82, All  des Casanovs -  el Sella - Casablanca
S.A. Rachou - Pharmacie Responsable

100165
05/14

T=159,30

PHARMACIE LA BRISE
Dr. SELASSI Nariiss
38 Rue Abov-Aass El Azfi Maank Casa
Tél: 0522 9947 10 - G m: 0622 92 10 70
ICE: 0016881000017

Dr. EL MANSOURI Imane
Médecin Spécialiste ORL
Café, Rue Goulmima - 1er Etage
Le 633 - Bourgogne - Casablanca
Appt. N 1 Bourgogne - Casablanca
Tél Fax: 05 22 20 21 00



633, Z n e Kelmime, الطابق الاول الشقة - بوركون - الدار البيضاء
633, Rue Goulmima - 1 r Etage - Appt N 1 - Bourgogne - Casablanca
البريد  ل كتروني: mansouri.ori@gmail.com : E-mail : الهاتف/الفاكس : 2 20 21 00