

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-420909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : MARNISSI Noureddine A97198

Date de naissance : 12-08-1967

Adresse : Résidence OUNIFERANZI 1M 6 Apt 12

bd FATIMA EL HOUAÏD May Hassouni Casab

Tél. : 06 64 68 61 3 Total des frais engagés : 2147,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2024

Nom et prénom du malade : Noureddine MARNISSI Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

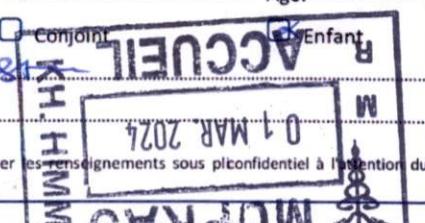
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'intention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce présent volet. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : _____

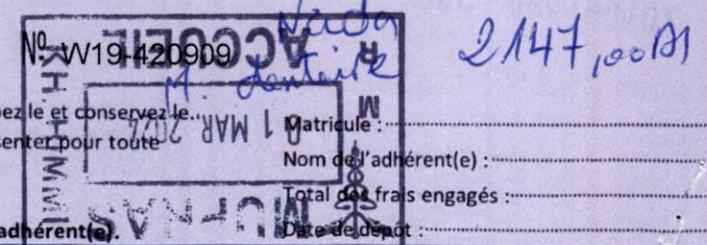


VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



RELEVE 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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUDOU Rue Rad Oulfa 1 Ghasba 19 et 20 Oulfa Casablanca Tél. 05 22 65 84 64	26/02/20	247,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 : [REDACTED] INPE : 064199102
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>(Signature) Dr. Abdellahy HADDOU</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX D 190</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>MONTANTS DES SOINS 919094</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>DEBUT D'EXECUTION 26/02/20</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>FIN D'EXECUTION 26/02/2022</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>MONTANTS DES SOINS [REDACTED]</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>DATE DU DEVIS [REDACTED]</i>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<i>DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]</i>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Dr. Abdellahy HADDOU Médecin Dentiste Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2 El Oulfa, Casablanca Tél.: 05 22 89 08 61</i>

mamissi mada
Date de naissance: 30/11/2002

52.120 MGy/cm²
9.34 S
75.00 KV
5.00 mA

Dr. Abdellah HADDO
Médecin Dentiste
Rue Moulay Tham Lot N°91, N°4 Etage 2
BOUifa Casablanca Tel: 05 22 89 08 66

26/02/2024 09:45:55
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Myrory



CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

Dr. Abdelhay HADDOU

Médecin Chirurgien - Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire en Orthopédie dento-faciale - Faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

FACTURE

Casablanca, le : 26/12/2024

74/24

Re Namri Nade

Soufia

D

CE: 002101521000053
IF: 25275727

Quatre-vingt de la

38

INPE: 064199102

Nade 190,-

Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4 El Qulfa, Casablanca

Tél : 05 22 89 08 61

Abdelhay HADDOU
Nadech Dentiste
Rue Moulay Thami, Lot. N°91, N°4 Etage 2
El Qulfa, Casablanca
Tél: 05 22 89 08 61



CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ
Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Chirurgien - Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire en Orthopédie dento-faciale - Faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

Casablanca le 26/02/2024

ORDONNANCE

Patient(e) : Mme MARNISSI Nada

40107 Cotipred 20mg

3 comprimés à la fois dans 1/2 verre d'eau le matin pendant 05 jours

207104 Augmentin 1g

1 sachet 3 fois par jour pendant 07 jours

PPV : 207,00 DH

LOT : 653165

PER : 07/25 1 comprimé 3 fois par jour pendant 03 jours

odoliprane

Eludril

RINCAGE 3 fois par jour pendant 07 jours

247100

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2
El Oulfa, Casablanca Tel: 05 22 89 08 61

Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4, El Oulfa, Casablanca

Dr. «prat»

Tél : 05 22 89 08 61