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

ND: 34026

Déclaration de Maladie : Nº P19- 0011402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 5

Nom & Prénom : BOUMMALA Boubakri Date de naissance :

Adresse : HAY OULFA 151 N° 27 CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHAFIK FOUAD MEDECIN EXPERT Bd Oued Oum Erbia Imm 35 N° 4 Oulfa Tél: 0522 [illegible] 51 65

Date de consultation : 20 / 07 / 20

Nom et prénom du malade : BOUMMALA Jamila Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dentaire Prothèse + MAL

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.

MUPRAS 22 JUIL 2020 ACCUEIL

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 : CASA **Le :** 20 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/07/20	G		150 DH	Dr. CHAFIK Rachid MEDECIN DENTISTE Bd Oued Oum Errabi Rue 39 N° 4 Oulfa Tél: 0522 44 51 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA Docteur en Pharmacie 222, Bd Oued Moulouya - El Oum Casablanca-Tel: 0522 90 57 13 ICE: 001573273000083	20/07/20	107.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

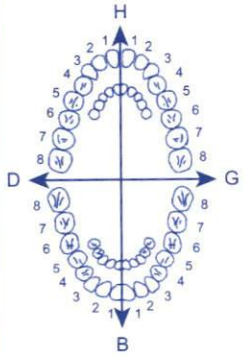
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient



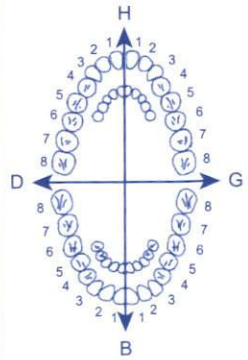
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	H: 25533412 / 21433552; 00000000 / 00000000 — D / G — 00000000 / 00000000; 35533411 / 11433553 — B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHAFIK Fouad

الدكتور شفيق فؤاد

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبيليي 1
الفحص بالصدى

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelali
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulaya El Oulfa
Casablanca-Tél: 05 22 90 57 13
ICE: 001573273000083

Casablanca, le : 10/07/20.

BENOUALA Nouka

- Belofen

50.00 C/-

- Cmeto

44.20

- Difal 50

C/-

13.20

- Cetamyl 1000

C/-

T = 107.40

50,00
PPV: 50DH00
PER: 02/23
LOT: J523-1

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

CETAMYL® 1000 mg
Paracétamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

Dr CHAFIK Fouad
Médecin Spécialiste
Bd Oued Oum Errabii N° 4 Oulfa
Tél. 05 22 90 51 65

شارع واد أم الربيع، زنقة 69 رقم 4 الطابق الأول – حي الألفة – الهاتف : ع. 65 51 90 22 05 – الدار البيضاء
Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65