

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.

Biologie 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

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- 053662

ND: 40388

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R2146

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraite

Nom & Prénom : MOUJJANE

Elhoumane

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : B.P. 14 Air ouvrier HAOUZ

Tél. 0699741300

Total des frais engagés : restant du haut

Cadre réservé au Médecin

Docteur AIT MBAREK BOUHCINE
SPECIALISTE
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)
et Chirurgie Cervico-Faciale
App. N°4, 1er Etage D1 Residence Bab Doukkala
(Derrière Aswak Assalam) Bd Prince My Abdellah
Marrakech - Tél.: 05 24 42 21 31

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/06/2020

Nom et prénom du malade : MOUJJANE ELHOUSSINE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

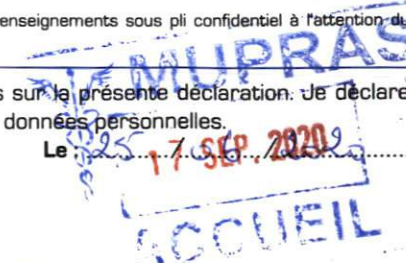
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Marrakech

Le : 25/07/2020

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
25.06.2020	cf		# 300.D.H	
25.07.2020	Analogue		# 400.D.H	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
25.06.2022	CS		#300 DH
25.07.2022	Anesthesie		#400 DH

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Nez - Gorge
et Chirurgie
App. N°4, 1er Etage, D'Indépendance Bâtiment
(Quartier Awak Assalam) Bd Prince My Abd
05 34 32 21 21
SPECIALISTE
Oreilles (ORL)
Service-Faciale
Bab Doukkala
M. Abdellah

[illegible]Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

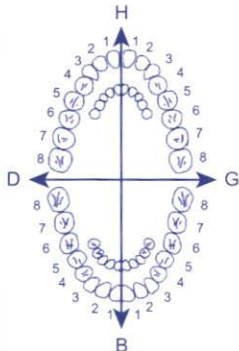
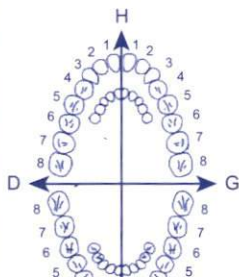
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

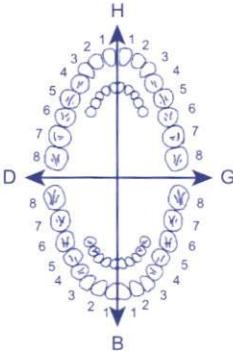
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

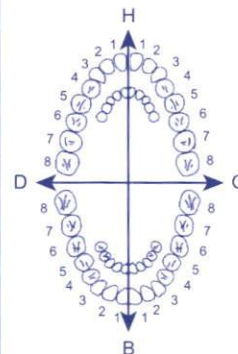
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> 25533412 00000000 </div> <div style="width: 5%;"> D </div> <div style="width: 45%;"> 21433552 00000000 </div> <div style="width: 5%;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> 00000000 35533411 </div> <div style="width: 5%;"> B </div> <div style="width: 45%;"> 00000000 11433553 </div> </div> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

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 canaux, ainsi que le bilan de

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"/>



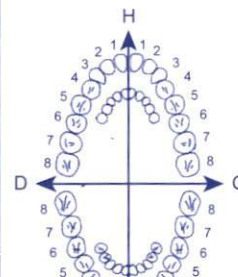
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DOCTEUR AITMBAREK BOUHCINE

MARRAKECH : 25/06/2020

SPECIALISTE

MALADIES DU NEZ-GORDES – OREILLES (ORL)

Chirurgie maxillo-FACIALE.

N° INP : 071083281

Note d honoraires

NOM ET PRENOM: *moujjane el houssaine*

Consultation ORL + MICROASPIRATION K10

TOTAL

= 300.00dh

APP N°4 1er ETAGE .D1 RESIDENCE BAB DOUKKALA (derrière aswak a
ssalam). Bd prince my abdellah marrakech. tel: 0524422131

Docteur AIT MBAREK BOUHCINE
SPECIALISTE
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)
et Chirurgie Cervico-Faciale
App. N°4 1er Etage D1 Residence Bab Doukkala
(Derrière Aswak Assalam) Bd Prince My Abdel...
Marrakech. Tel.: 05 24 42 21 31

DOCTEUR AITMBAREK BOUHCINE

MARRAKECH : 25/07/2020

SPECIALISTE

MALADIES DU NEZ-GORDES – OREILLES (ORL)

Chirurgie maxillo-FACIALE.

N° INP : 071083281

Note d honoraires

NOM ET PRENOM: *moujjane el houssaine*

Audiometrie k25 = 400.00dh

TOTAL = 400.00dh

APP N°4 1er ETAGE .D1 RESIDENCE BAB DOUKKALA (derriere aswak a ssalam). Bd prince my abdellah marrakech. tel: 0524422131

Docteur AIT MBAREK BOUHCINE
SPECIALISTE
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)
et Chirurgie Cervico-Faciale
App N°4, 1er Etage, Résidence Bab Doukkala
(Derrière Aswak Aslam) Bd Prince My Abdellah
Marrakech - Tel: 05 24 42 21 31



RETRAITE

MOUJJANE LAHOUSINE

0002146



ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

LAHOUSINE
MOUJJANE
Né le 01.01.1942

الحسين
موججان
مردود بناسك
ب. أمزميز الحوز

à AMIZMIZ EL HAOUZ
Valable jusqu'au 29.12.2021

صالحة الى غاية
المدير العام للأمن الوطني

الشرقي الحريس

B52306 MWV



Conjoint(s):

EL ENMANARI CHARIFA

Siege Social: Royal Air Maroc, Boulevard Abdellah Benchrif, Aéroport Casa Anfa, Casablanca
Affiliation CNSS: 1213727

Cette carte de travail est la propriété de Royal Air Maroc.
Elle est strictement personnelle et non cessable.
Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires.

N° B52306 رقم Valable jusqu'au 29.12.2021 صلاحية إلى غاية

Fils de MHAND ben MBAREK ابن محمد بن مبارك
et de YAMNA ben MANSOUR و يامنة بنت منصور

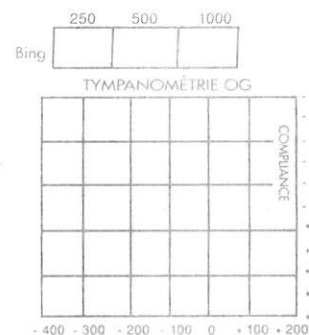
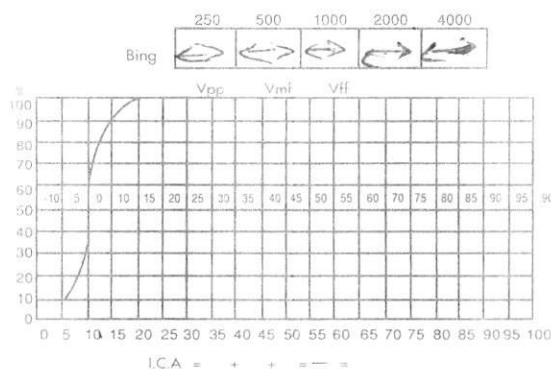
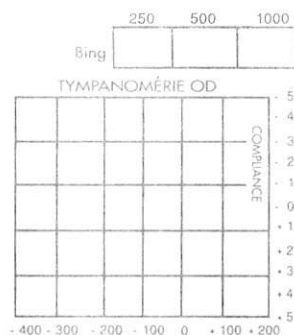
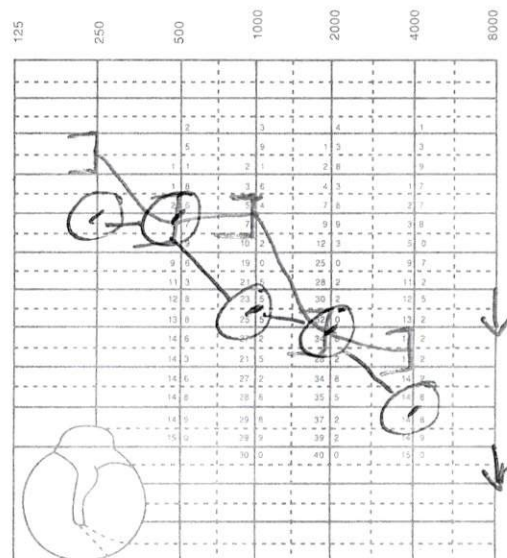
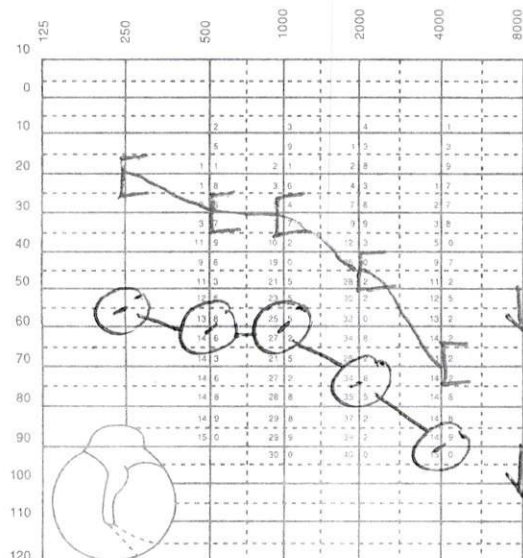
العنوان دوار بن سلوايت سليم فاسكا سيدي داود ايت لورير مراكش

Adresse DR BEN SALOU AIT SILME FASKA SIDI DAUD AIT OURIR
MARRAKECH

N° état civil 45/1955 رقم الحالة المدنية

Sexe M الجنس





[illegible]

25/7/2020

OBSERVATIONS :

Sp bilateral
myoclonic g

Traitement chirurgical

Date :

Côté :

Type de l'intervention :

Intervention :