

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.

Prothèse dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052523

ND: 48875

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1748 Société : P. Am

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADIOUBAN OTMAN

Date de naissance : 19-12-1947

Adresse : 78, Rue HAJ BAKAR DITFI - 2ème Etage - Casablanca

Tél. : 0661950611 Total des frais engagés : 1110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور داود عبد الحفيظ
اختصاصي في أمراض جراحة الرأس
الأنف والحنجرة والعنق
21 شارع الجمهورية الطابق 1 رقم 1

Date de consultation : 31/09/2020

Nom et prénom du malade : ADIOUBAN OTMAN Age : 73

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

Nature de la maladie : Syphilis

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.

Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/11/2020

O. ADIOUBAN

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
31/8/20	CS		#500,-	اختصاصي في أمراض البصحة الفموية الأفندي علي بن الجندوب والعتيق 21 شارع المقاومة الطابق 1 رقم 1 تطير
	Andof			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hamza Dr Adnane Hamza Cheikh Boudi EL ALAOUI N°304 TUNIS - TETUAN Tél: 0839 97 48 44 INPE 102065411	31-08-2020	610,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

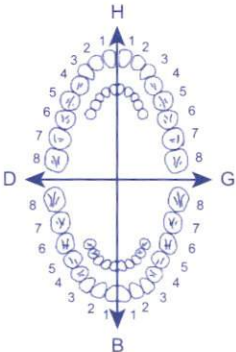
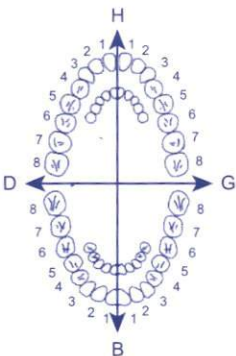
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Dr. DAOUDA Abdelmoughni

Diplômé de la faculté de Médecine
de Nancy (France)

OTO-RHINO - LARYNGOLOGISTE

EXPERT ASSERMENTE

21, Av. Al Mokaouama, Place Moulay El Mehdi

Tél: 05 39 96 38 76 - GSM: 06 61 68 92 60

TETOUAN



الدكتور داودة عبد المغني

خريج جامعة نانسي (فرنسا)

إختصاصي في أمراض وجراحة الأذن

الأنف، الحنجرة، العنق والوجه

خبير محلف

21، شارع المقاومة، قرب ساحة مولاي المهدي

الف: 05 39 96 38 76 - المتنقل: 06 61 68 92 60

تطوان

Tétouan, le: 31/08/2022

7- ADIOVSAN OTAN

1. Nootropyl 800

2u

3x 13480 = 40440

2. Valcor 357

2u

2x 10300 = 20600

10 1



الدكتور داودة عبد المغني

إختصاصي في أمراض وجراحة الرأس

الأنف، الأذن، الحنجرة والعنق

21 شارع المقاومة الطابق 1 رقم 1 تطوان

TA = 14,7 10,3 7 = 80

LOT	200517
EXP	02 2024
PPV	134.80

134,80

LOT	200517
EXP	02 2024
PPV	134.80

134,80

103,00

LOT	200142
EXP	02 2024
PPV	134.80

134,80

Dr. DAOUDA Abdelmoughni

Diplômé de la faculté de Médecine
de Nancy (France)

OTO-RHINO -LARYNGOLOGISTE
EXPERT ASSERMENTE

21, Av. Al Mokaouama, Place Moulay El Mehdi

Tél: 05 39 96 38 76 - GSM: 06 61 68 92 60

TETOUAN



الدكتور داودة عبد المغني

خريج جامعة نانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن
الأنف، الحنجرة، العنق والوجه

خبير محلف

2، شارع المقاومة، قرب ساحة مولاي المهدي

الهاتف: 05 39 96 38 76 - المنيقل: 06 61 68 92 60

تطوان

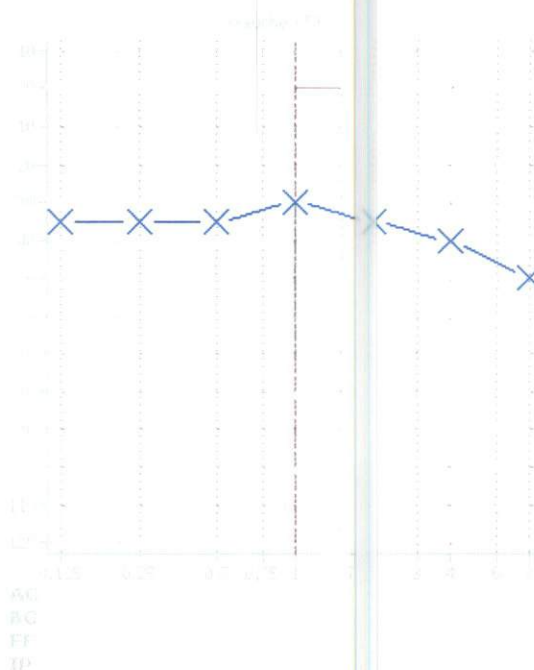
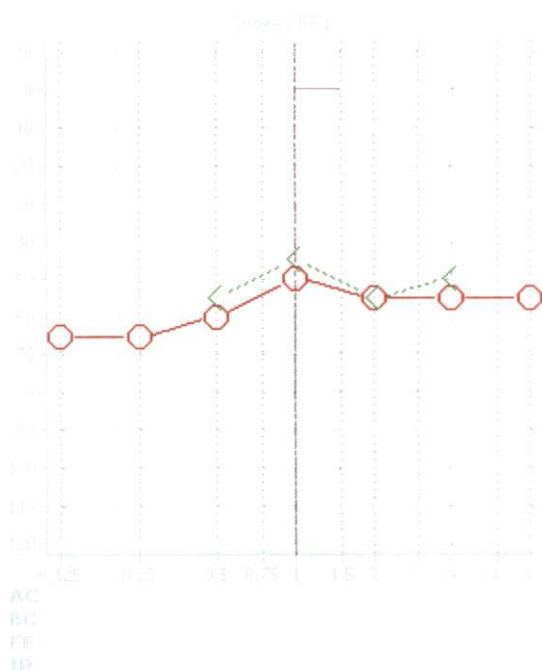
Tétouan, le: 31/08/2020 تطوان في

ADIDOUAN OTAN

Fach C₅ + Audig = 500,-¹¹⁴

الدكتور داودة عبد المغني
اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس
والأنف، الحنجرة، العنق والوجه
21 شارع المقاومة، قرب ساحة مولاي المهدي
تطوان

ADIOVSAW
OTAW



Sursita' de
perception h' lateral

[illegible]