

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 - Mutuelle d'Assurance et de Prévoyance des Personnes de l'Aviation et de la Maroc - 10, Avenue Hassan II - 10000 Casablanca - Maroc - Tél. : 0522 866 100 - Fax : 0522 866 101 - E-mail : info@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495024

ND 21 1564

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1564	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1564
Nom & Prénom : ETTANOUTI MOTTAMED			
Date de naissance : 21-01-1954			
Adresse : 16, Rue ELOUKHOUANE BEAUSÉJOUR RA SABLANCA			
Tél. :	066 1 28510	Total des frais engagés :	341,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 06/01/2020	
Nom et prénom du malade : ETTANOUTI	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Age: 64	
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'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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/01/2020

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
06/01/2020	C 3		300,00	18 Rue de la Mutualité 75000 Paris ALDOCHIRURGIE Médecin : M. Béatrice... Signature : Mme Béatrice... Date : 19/01/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES



Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

6/1/2020 41,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

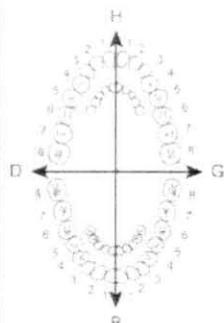
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

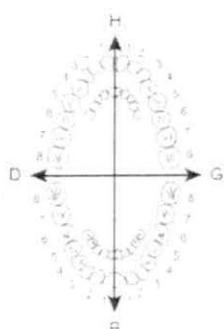
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	05533412	01433552
D	00000000	00000000
G	05533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la protection

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electroencéphalographie

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à coté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00 - Fax: 05 22 86 19 38

E-mail: doctoralalaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le.....



الدكتور عزيز علوي المصطفى

أخصائي في أمراض وجراحة الرأس.

الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

18، زنقة أبو معشرحي المستشفى.

يعانب الفحص بالأشعة أنوال - الدار البيضاء.

الهاتف: 00 05 22 86 19 38 - الفاكس: 05 22 86 41 00
doctoralaoui@hotmail.com

الموعد

الدار البيضاء في

06/01/2020

Mr ETTANOUTI Med

VITANEVRIL

1 comprimé, matin et soir (pendant 2 MOIS)

STEROGYL

1 AMPOUL/15J (pendant 2 MOIS)

28,80

13,00

21,80

18, Rue Abou Maachar - Casablanca - Anoual
Tél: 05 22 86 41 00
Dr. A. ALAOUI - Neurochirurgien
Electroencéphalographie



Sterogyl 15 "H"

LOT: 190039
EXP: 05/2024
PPV: 13,000
H000

28,80

للحالات المستعجلة اتصلوا بمصحة أنوال - الهاتف: 05 22 86 02 07/08/09/10

Patente : 36300235 - I.F.:42023905 - N° CNSS: 2359330 - ICE: 002051462000048