

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0037772

56992

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUJANA AHMED

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Salma 2 rue 17075 Apt 101

Tél. : 0666349769 Total des frais engagés : 420,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL MEKOUAR
O R L
8 Avenue 10 Mars- 3ème Etage
Sidi Othmane Casablanca
Tél. 9522 59 43 43

Date de consultation : 18/12/2020

Nom et prénom du malade : Boujana Ahmed Age : 79

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

Nature de la maladie : Bronchite chronique

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

Le : 18/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[illegible]

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

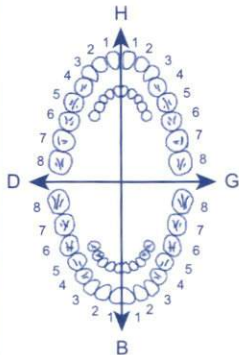
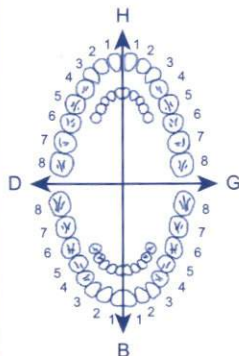
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

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"/>																					
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412 21433552</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000 00000000</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000 00000000</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411 11433553</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td><td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> </table>				H			25533412 21433552			00000000 00000000		D		G		00000000 00000000			35533411 11433553			B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
		25533412 21433552																							
		00000000 00000000																							
	D		G																						
		00000000 00000000																							
		35533411 11433553																							
		B																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. عادل مكوار

Dr. Adil Mekouar
O.R.L.

طبيب أنف أذن وحنجرة

Bd. 10 Mars, Place de la préfecture, 3^{ème} étage, Centre médical
(près ACIMA) SIDI OTHMAN - Casablanca Tél. : 05 22 59 43 43

Ordonnance

18/12/2020

BOUJRADA AHMED

- Otipax 004 - solution auriculaire
3 gttes 3 f/j 10 j

23

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Dr. Adil MEKOUAR
O.R.L.
Avenue 10 Mars - 3^{ème} Etage
Sidi Othmane Casablanca
Tél: 0522 59 43 43

Lot. 3525
Per.: 03 2023
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



د. عادل مكوار

Dr. Adil Mekouar

O.R.L.

طبيب أنف أذن وحنجرة

Bd. 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical
(près ACIMA) SIDI OTHMAN - Casablanca Tél. : 05 22 59 43 43

Ordonnance

Facture

25.12.22

Dr. A.
8 Avenue
Sidi

Bojrad ALAL

Asper. ton Bouillon ce

150 Dht

Dr. Adil MEKOUAR
O.R.L.
8 Avenue 10 Mars - 3ème Etage
Sidi Othmane Casablanca
Tél. : 0522 59 43 43