

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 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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-589351

85565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304

Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

veuve de Mezouki Drissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

NG Im B bloc 17 Résidence Chabab
Ain Sebae Casablanca

Tél. :

0643960102

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56

Cachet du médecin :

Date de consultation :

22 SEP 2021

Nom et prénom du malade :

MEZOUKI Drissi

Age :

82 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
2 SEP 2021	2		300	INP : 091031989

INP: 091081989

DI. BERRADA Salah
ELLES - NEZ - GORGE
38 N° 35

<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p>	
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	<p>Date</p>
<p>Pharmacie El Chabab, Ann. 44, Mg N° 37 / 38 12a Scheu Bernoussi Casablanca Tel - 05 22 75 59 14</p>	<p>Montant de la Facture</p>
<p>22/09/21</p>	<p>91,50</p>

Montant de la Facture

[illegible]

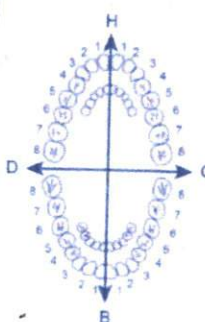
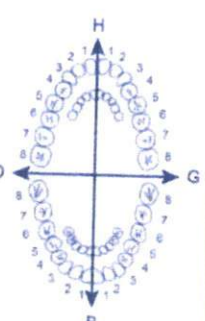
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																									
				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 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> </table>					H					25533412	21433553					00000000	00000000			D				G				00000000	00000000					35533411	11433553					B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																																											
		25533412	21433553																																										
		00000000	00000000																																										
D				G																																									
		00000000	00000000																																										
		35533411	11433553																																										
		B																																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																									
				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

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature d
Soins

Coefficient

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

255034

2 | 21422550

2	2743356
0	0000000

—

00 | 00000000

11 | 11433553

目

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET O.R.L.

Dr. BERRADA Salah

Diplômé d'Etat de la Faculté de Paris - France

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des

OREILLES - NEZ - GORGE

Chirurgie de la Face, des Maxillaires et du Cou

Maladies de la Tête - Vertiges - Surdité

Maladies Allergiques

MEDECIN DU TRAVAIL

EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

Ancien Médecin à l'Hôpital du 20 Août 1953

Ancien Médecin à la Polyclinique C.N.S.S.

الدكتور بَرَّادَة صلاح

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن والأنف و الحنجرة

جراحة الوجه والفك والعنق

أمراض الرأس - الدوخة - الصمم

أمراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الإجتماعي - درب غلف



CASABLANCA, LE

22 SEP. 2021

Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56

91150. Zady 9 (M 230)

19 de w (S)

91150

PHARMACIE CHABAB CASA
Sidi Gu
Chabab, Im. 11 Mag N° 37 / 38
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 59 14

Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56