

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-481996

92283



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	9952	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Fouina Hanane
Nom & Prénom :		01/03/1970	
Date de naissance :		78, Rue Rif Hay El Houtba Berrechid	
Adresse :		Tél. : 0661 56 31 88 Total des frais engagés : 51.50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2021

Nom et prénom du malade : Fouina Imane Age: 18

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Céphalée

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.

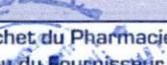
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Berrechid

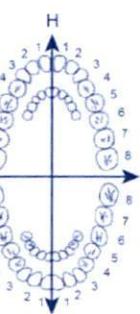
Signature de l'adhérent(e) :



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
11/11/2021	C		Cent trente	INF : 1661261446  BOUABID Abdelhakim Chirurgie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.11.21	51.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Docteur
BOUABID Abdellhakim

Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE

Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité



الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن
والحنجرة والوجه والعنق
إختبارات الدوخة ووظائف السمع
الفحص بالمنظار والمجهر

INPE : 061126140

Berrechid le : 11/11/2021

Fournie à

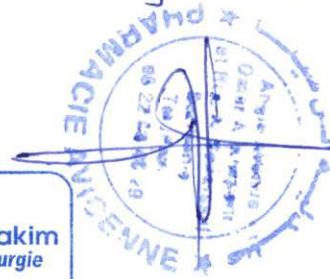
NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
LOT : 21E003
PER : 04/2024
P.P.V : 30DH00



30.00
+ 1 No dol 400 mg
140. 31. 10

21.60
+ 1 Migraine (2)
140. 31. 10

51.60



Dr. BOUABID Abdellhakim
Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE

332, Lot Nasr Allah Res. Mohamed 1^{er} Etage
Appt. 2 - Berrechid 05 22 32 64 60
ICE : 001866801000095 - IF : 14445762

332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد

