

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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.m.mupras.com



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

Déclaration de Maladie
N° P19- 0032782

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : R A F I S Abdelkader

Date de naissance : 30/05/1942

Adresse : 91 bd saïkha casablanca

Tél. : 06 76 13 55 77 Total des frais engagés : 181,10 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hamri Fatma Age :

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 : Casablanca Le : 20/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <p>Cachet du Pharmacien Pharmacie SALAM 430 Bd. Al Gouda inale Ain Chok Face CNSS. Case 05 22 21 13 26 / P.T. 3402</p> | | <p>Date</p> <p>10/09/2022</p> <p>Pharmacie SALAM 430 Bd. Al Gouda inale Ain Chok Face CNSS. Case 05 22 21 13 26 / P.T. 3402</p> | <p>Montant de la Facture</p> <p>181,10</p> <p>Pharmacie SALAM 430 Bd. Al Gouda inale Ain Chok Face CNSS. Case 05 22 21 13 26 / P.T. 3402</p> |
|--|--|---|--|

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

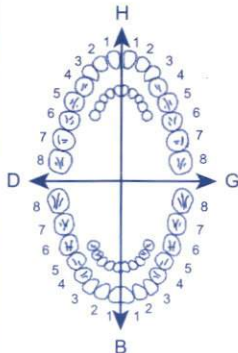
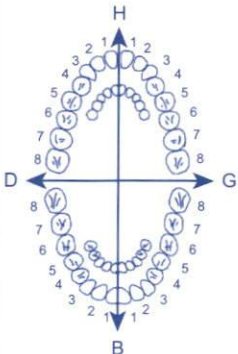
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

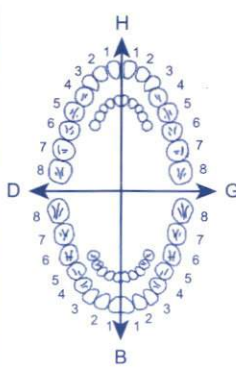
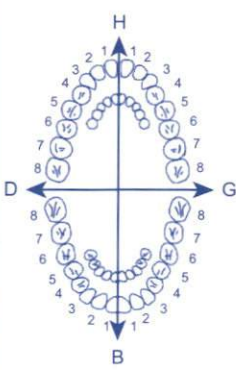
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'hygiène.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|--|---------------------|--|--|
|  | | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

| 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"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div><table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div style="text-align: left; margin-left: 10px;">G</div></div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">B</p> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | 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 L'EXEC

الدكتور عبد الغني أبو التقى

إختصاصي في أمراض وجراحة العظام
خريج كلية الطب بيريست - فرنسا
ملحق سابق بمستشفيات بيريست
الجراحة بالمجهر - جراحة اليد - الجراحة بالمنظار

Casablanca, le.

HAMRI Fatma

13, 40

S.V.

Calchic school. 13.40

31,30 L

(S.V.)

S.V. Kyzlani 20010 Desc 31, 30
D. 87

S.V.

SVB Fix 8 gatti 87.00
D. mal 49.40

(S.V.

SV 13 1000 0
Amp 5 10 level 49.40
187.1

181, 10

PHARMACIE SALAM
SEKUTU 14 dia
430 Rd. Al Qoris Iraya Ain Chok
Face CNSS, Case
Tel.: 06 22 21 13 28 / P.T. 3402
NPE
205207

Dr. Abdelghani Aboubrika
Orthopédiate Traumatologue
Av 10 Marché de la Préfecture
Sidi Othmane Casablanca
Tél: 0521 58 58 55 - 0665 07 95 82

PRIX: 87,00 PPC

LOT 21-003

49,40

شارع 10 مارس - ساحة العمالة - المركز الطبي سيدي عثمان - (طبق الأول)

Avenue 10 Mars - Place de la Préfecture - Centre Médical Sidi Othmane 1^{er} étage

Tél.: 05 22 59 58 35