

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PEIETS

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 (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° W21-699501

120068

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03090

Société :

RAIT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SAMORAH AHMED

Date de naissance :

01.01.1952

Adresse :

649 MAY ESSALAM ELJADIDA

Tél. :

0875290926

Total des frais engagés :

629,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid FREIDJI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
Chirurgie Maxillo Faciale
18. Bd. Med VI - ELJADIDA

Date de consultation :

09 MAI 2022

Nom et prénom du malade :

SAMORAH AHMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

6/4/2022

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 :

ELJADIDA

Le :

/ /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-699501

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

03090

Nom de l'adhérent(e) :

SAMORAH

Total des frais engagés :

629,50

Date de dépôt :

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
09 MAI 2022	G + X ₂₀ X ₂₀ p.m.		350.00	INP : 1111111111 Dr. Farid ELADJI OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE Chirurgie ORL et Faciale Sp. de Med VI - ELIADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2022	279.50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien doit 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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Docteur Farid FREIDJI

Diplômé de l'Université de Montpellier - France

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie:

► Oreille-nez-Gorge-Maxillo faciale et cou

► Exploration des surdités et vertiges



الدكتور فريد افريجي

خريج كلية الطب بمونتpellier - فرنسا

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

اختصاصي في أمراض وجراحة:

الاذن، الأنف، الحلق، الوجه والعنق

الكشف عن حالات الصم والدوران

El Jadida le : 09 MAI 2022

Amourah Abdel



57,50 - 100,00 32,80

79,70 110,00 32,80



LOT: GA10439
PER: 08/2023
PPV: 110.DH.00

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111



Dr. Farid FREIDJI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
Chirurgie Maxillo Faciale
18. Bd. Mohammed VI - EL JADIDA

DH):

32,80

Pharmacie Hay Essalam
Tél: 05 23 371 523
06 61 066 188

Adresse : 18, Bd. Mohammed VI - 240000 El Jadida
Tél.: 05 23 371 523 - Portable : 06 61 066 188

العنوان : شارع محمد السادس رقم 18 - 240000 الجديدة
الهاتف : 05 23 371 523 - المتنقل : 06 61 066 188

Docteur Farid FREIDJI

Diplômé de la Faculté de MONTPELLIER - France

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie:

► Oreille-nez-Gorge-Maxillo faciale et cou

► Exploration des surdités et vertiges



الدكتور فريد افريجي

خريج كلية الطب بمونتبيلي - فرنسا

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

اختصاصي في أمراض وجراحة :

الأنف، الأذن، الحلق، الوجه والعنق

الكشف عن حالات الصم والدوران

El Jadida le : 09 MAI 2022 المصدرة في :

12 Amourah Alami

examen :

- examen de l'infirmité
des cordons
- epistaxis

Dr. Farid FREIDJI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
Chirurgie Maxillo Faciale
18. Bd. Mohammed VI - ELJADIDA