

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

- 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.

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

*Avant
M.Q. Note
Mouvements*

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041869

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

120862

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *603* Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Houcine BOUIFRADEN*

Date de naissance : *12.06.1946*

Adresse : *12, Bd Med IV / MOHAMMEDIA*

Tél. : *06.61.99.60.24* Total des frais engagés : *1150,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tourya MUPRAS
Spécialiste O.H.L.
21, Av des F.A.R. Mohammedia
Tél : 05 23 32 53 30

Date de consultation : *02/04/2022*

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : *Affection ORL*

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 : *Mohammédia*

Le : *30/06/2022*

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
02/04/22		3	250,00	<p>Dr. Touriya B. K. S.</p> <p>Spécialiste en ORL</p> <p>21, Av des F.A.R. Mohammed VI</p> <p>Tél : 05 23 32 53 30</p>
	Ex. auditive	2	250,00	
28/05/22	K28	400,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
28/05/22	CS	250,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touriya BENNIS

Diplômée de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Expert Assermentée près les Tribunaux

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Chirurgie de la Face et du Cou

Surdité - Vertige



الدكتورة ثريا بنيس

خريجة كلية الطب تولوز

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في امراض الرأس

الأذن - الأنف - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

٥٤ - ٥٤ - ٤٤

M^r BOUI FRADE EL Houssein

Reçu pour

lavage d'oreille à bouillie

K 20 = 250,00 Dh.

Dr. Touriya BENNIS
Spécialiste O.R.L.
21, Av. des F.A.R. Mohammedia
Tél: 05 23 32 53 30
INPE : 091026732

Dr. Touriya BENNIS

Diplômée de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Expert Assermentée près les Tribunaux

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Chirurgie de la Face et du Cou

Surdité - Vertige



الدكتورة ثريا بنيس

خريجة كلية الطب تولوز

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في أمراض الرأس

الأذن - الأنف - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

28-05-22

M^r BOUIFRADE Et Housséou

- Tawabou

71,30 1 cp 3 x 1/2 / 1 ues

- vitaneurol Fort

28,80

1 cp 3 x 1/2

28,80

Relaxin 300

1 gel le soir
/ 1 ues

PPV LOT PER

LOT: 210686
DLUO: 12/2024
87,00DH

Dr. Touriya BENNIS
Spécialiste O.R.L.
des A.R. Mohammedia
Tél: 05 23 32 53 30
06 61 46 89 16

21 شارع الجيش الملكي - الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 53 30 - رقم الطوارئ

21 Avenue des F.A.R. 2ème Etage N° 20 - MOHAMMEDIA - Tél.: 05 23 32 53 30 - Numéro Urgence: 06 61 46 89 16

Dr. Touriya BENNIS

Diplômée de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Expert Assermentée près les Tribunaux

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Chirurgie de la Face et du Cou

Surdité - Vertige



الدكتورة ثريا بنيس

خريجة كلية الطب تولوز

خبيرة محلقة لدى المحاكم

اختصاصية في أمراض الرأس

الاذن - الأنف - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

2-4-2022

M^r BOUIF RADEN

EL HOUSSEIN

Lot. 3625
Per.: 02 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

1/ OTIPAX gouttes



5 gouttes x 31 (oreilles)
soit 7 jours

AL MOHAMMEDIA
21. Av des F.A.R. 20
Tél. 05 23 32 53 30

Dr. Touriya BENNIS
Spécialiste O.R.L.
21. Av des F.A.R. Mohammedia
Tél. 05 23 32 53 30

21، شارع الجيش الملكي - الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية الهاتف: 05 23 32 53 30

21, Avenue des F.A.R., 2ème Etage N° 20 MOHAMMEDIA - Tél.: 05 23 32 53 30