

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

- Réclamation : 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° W19-582209

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AOUAD NAJIB
 Date de naissance : 13/04/1953
 Adresse : HESLAILLA
 Tél. : 066411411 Total des frais engagés : 832,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdoumoumen - Casa
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

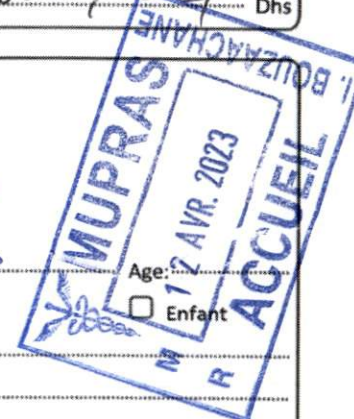
Date de consultation : 11 AVR. 2023
 Nom et prénom du malade : AOUAD NAJIB
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : prostatisme
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

CAIRES

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

INP : 08/07/2017

Professeur Dr. M. Said
Chirurgien Général
42, Boulevard Mohammed VI
Tel: 05 22 33 10 25 052 33 10 73

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11 Avril 2023	532,40

Date _____

3 * PHARMACIE ALPINE *

Avenue de l'Industrie
Ert-Arrol

Rég. 0527-2538

France

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

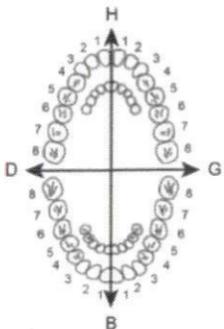
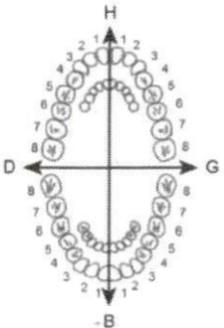
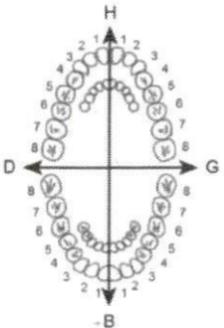
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de classer 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
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;">H</div> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 5px;"></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية
لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 11 AVR. 2023

Mr AOUAD Najib.

① UMAX 0.4mg LP

1 gel/j le soir + 3 mois

121,40
x 3

② Augmentin 1g

1 sachet 2x/j

168,20

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

PPU: 168,20 DH
LOT: 650909
PER: 11/24

T= 532,40



LOT 224422
EXP 04/2024
PPV 121.40DH

LOT 230451
EXP 11/2024
PPV 121.40DH

LOT 230451
EXP 11/2024
PPV 121.40DH

الطابق الخامس - الدار البيضاء

42, Boulevard Abdelmoumen Résidence Warrage Casablanca
Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16