

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

- 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° W21-602694

61577

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2713

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE Azzidine

Date de naissance : 01-08-1960

Adresse : 13 Rue Mansour El abidi Naatif

Tél. : 0668683837

Total des frais engagés : 411,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : OUZZINE Najia

Age : 58 ans

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 : CASA

Le : 18/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNRP N° A.A. 215/2019

[illegible]

Dr. Z.N. LARAU
Professeur
Chirurgie Maxillo-Faciale, Otorhinolaryngologie
Hôpital de Bin Anzanga, Maroua, Cameroun

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/2023	111.1004

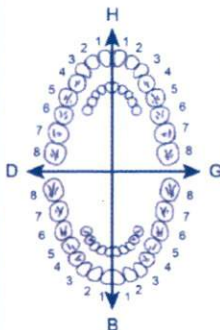
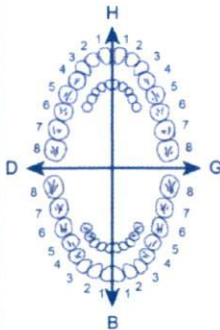
[illegible][illegible]

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 canalaires, 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"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمك

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI
Professeur Agrégé
ORL - Chirurgie du Cou
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement
Esthétique de la face
Injections et Comblement
Exploration des Vertiges et de la Surdité
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي
أستاذ مبرز
أمراض الأذن والأنف والحنجرة والشخير
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك
تقويم الدوار والصمك
أمراض الحساسية

Casablanca le 21/03/2023

Mme OUZZINE Najia

53,10

Relaxol

1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours

58,10

Histanorm boite de 30 cp

1 comprimé par jour le matin, pendant 20 jours.



T = 1111/10
DH

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Souh   Samira
Département en Pharmacie
13 Rue Annarjis Beausejou
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

Dr. Z. N. Laraqui
Professeur
Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
Centre Bir Anzarane Maarif Casablanca
05 22 25 72 72

119, شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2  me étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - Tél : 05 22 25.72.72

E-mail : laraquizeelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874