

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-840800

496205

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 01226 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ASADI NAGIB AHMED
 Date de naissance : 12/01/1953
 Adresse : Hakam 2, Rue 84 N° 21, IFRIQUIA CASABLANCA
 Tél. : 0673 548218 Total des frais engagés : 479,10 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr HASSANI Redouane
 Spécialiste ORL-Chirurgie Cervico Faciale
 511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
 Gds Californie, Appt 14 Ain Ch
 Casablanca 20000 - 05 22 52 65 78
 Date de consultation : 07/02/2024
 Nom et prénom du malade : ASADI NAGIB AHMED Age : 71 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 07/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : N. Adh


VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie W21-840800

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).

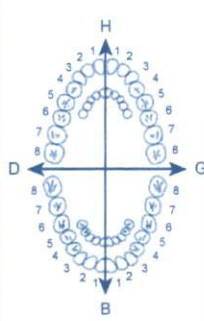
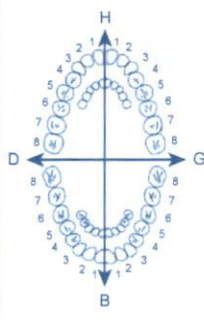
Matricule : 01226
 Nom de l'adhérent(e) : Asadi Nagib Ahmed
 Total des frais engagés : 479,10 dhs
 Date de dépôt :

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
09/05/24	L1S		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/2/24	179,10

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه
للصغار والكبار

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 07/02/2024

MR ASADI NAGIB AHMED

- Orapred 20 mg
3 Comprimés, matin, pendant 7 jours
- Conasal Pulvérisation nasale
2 pulvérisation, matin, pendant 1 mois

OraPred[®] 20 mg

30 comprimés effervescent
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico-Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les
Qods California Apt 14
Casablanca Tél : 05 22 291 330

Prix:
Date d'expiration:
N° de lot:



6 118001 1370313

CONASAL[®]

PHARMACIE DE LA FRATERNITE
Mme. MGHABBAR RAJA
83, Bd Abdellah Senhaji
Hay Jawadieh - Casablanca
Tél : 05 22 291 330

511, شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشرفية - عين الشق - الدار البيضاء (أمام محطة باص واي حي شرفية)
511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods California N°14 Hay Chrifta - Aïn Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifta)

Tél : 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.ort.hassani@gmail.com