

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 (1 G1) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-003675

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>01293</u>	Société : <u>903698</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FARAS</u> <u>Abdoulaye</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1966</u>			
Adresse : <u>DAKAR COMMUNE BLOC M'B08 N°2</u>			
Tél. : <u>0644532597</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> </div> <p>Date de consultation : /</p>	<p>Nom et prénom du malade : Age:</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
---	---

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 : Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Fait à : Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
04/04/24	C2 + K25		300,00	
	Audiogramme		+ 600,00	
	Impedancemétrie		+ 100,00	
	K5			
	ASpiration			
	Aspirées			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASPIRATION ASPIRÉES	4/04/24	286,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

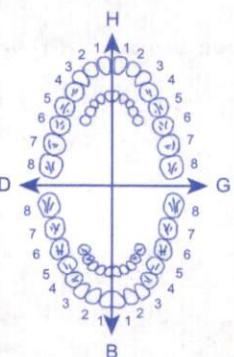
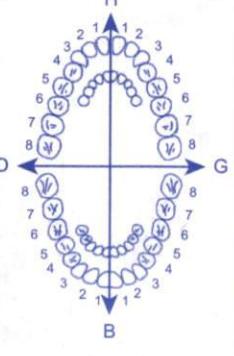
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
	H D B G	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux
	25533412 00000000 35533411		H 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
			G 00000000 00000000	DATE DU DEVIS
			B 35533411 11433553	DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr chraibi mohamed chakib
 CABINET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 ET DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
 angle Bd abdelmoumen et
 82,Rue soumaya(immeuble Renault)
 3ème Etage.Casablanca
 Tél:0522.25.26.19 / 0522.98.72.37



الدكتور الشرابي محمد شكيب
 عيادة أمراض الأنف-الأذن-الحنجرة
 وجراحة الوجه و العنق
 زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
 عمارة رونو- الطابق 3- الدار البيضاء
 الهاتف: 0522.25.26.37 / 0522.25.26.19

Casablanca, le



137,20

1) VASTAREL 35.

1g x 24/24 Dr.

S.V

149,00

2) Budrea Nel
2 pte de li

149

286,20

137,20

Lot N°:	066T045A
FAB:	10/2023
EXP:	10/2025
PPV:	142DH00

Dr chraibi mohamed chakib
CABINET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
angle Bd abdelmoumen et
82,Rue soumaya(immeuble Renault)
3ème Etage.Casablanca
Tél:0522.25.26.19 / 0522.98.72.37



الدكتور الشرابي محمد شكيب
عيادة أمراض الأنف-الأذن-الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق
زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمراء رونو-الطابق 3- الدار البيضاء
الهاتف: 0522.25.26.19 / 0522.98.72.37

Casablanca, le ... 06/04/2014 الدار البيضاء ، في

FACTURE MR FARAS MOHAMED

- consultation ORL: 300,00

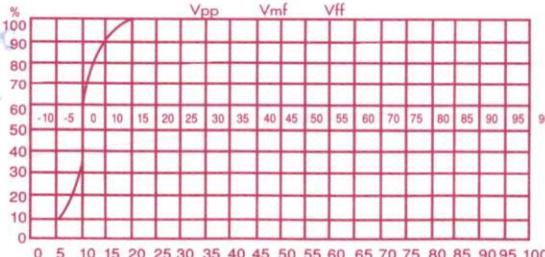
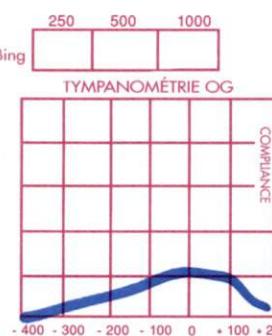
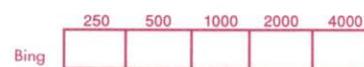
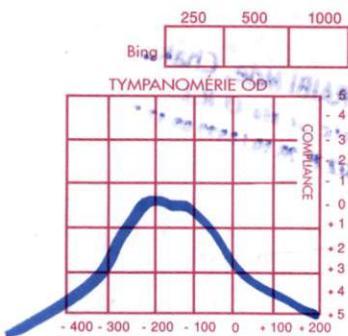
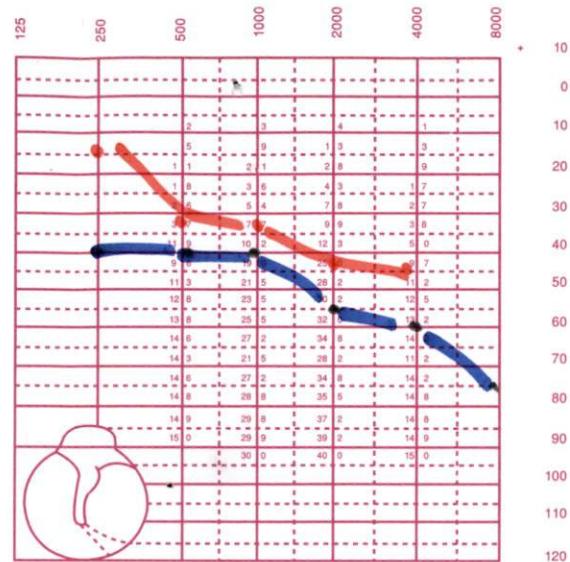
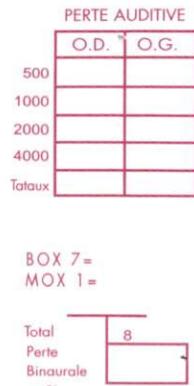
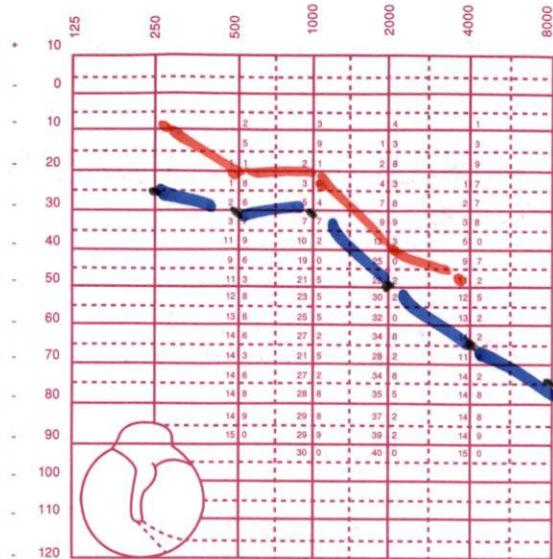
- k₂₅ Audiogramme + Impedance metrie; 60,00

- k₅ Aspiration des oreilles: 100,00

₾ 1000,00

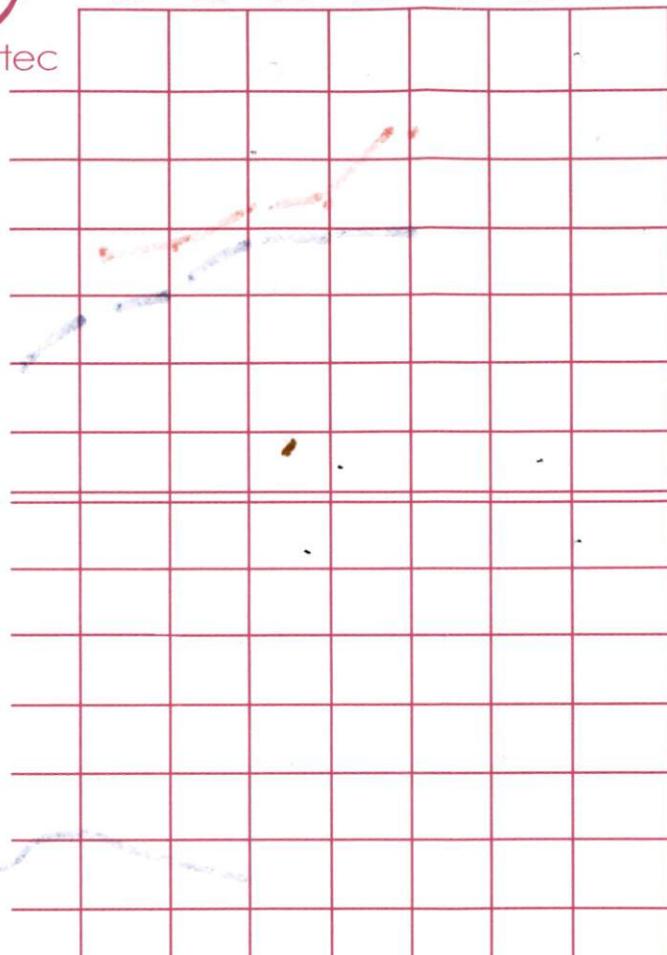
₾ MILLE DIRHAMS

Dr. CHRAIBI Nide. Chakib
Spécialiste ORL
0522.25.26.19 / 0522.98.72.37





128 256 512 1024 2048 4096 8192



NOM.

Age

Adresse

Date

FARAS

1946

Prénom

MOHAMED

Profession

.....

Le 04/04/2024

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS:

— A Coe phosis
— Tres legeres
Dr. CHABAHI Mde. Chakiré
Spécialiste O.R.L.
Tél: 0522 25 10 1477 ou 17 - profane

Traitement chirurgical

Date :

Côté :

Type de l'intervention:

— Rechactin Tympanique
Bilatéral