

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.

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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 : N° S19-0018354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)


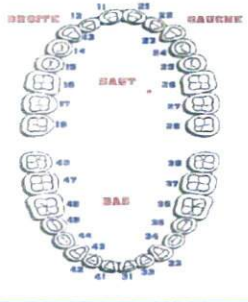
Matricule : 399 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ADNANE MOHAMED Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661 99 30 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																				
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																		
				Fin de																
VOLET ADHERENT NOM : Mle																				
DECLARATION N° W17-112538																				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																				

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W17-112538	DATE DE DEPOT 24 / 10 / 2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle			
Nom & Prénom ADRIANE MOHAMED			
Fonction :		Phones 0661083008	
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 17/09/19	
Hypocorie latérale		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Montant détaillé des honoraires	
E2012 17/09/19		2500 dh	
+ Audiogram		250 dh	
PHARMACIE		Date 17/9/19	
Montant de la facture		T: 33,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
PHARMACIE CALIFORNIE ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panoramique Po. 0 Casablanca - Tél: 0522.52.19.99			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Facture 2 Appareils		17500 x 2	
24/9/19 audifon		= 35000 dh	
numériques			
Siemens Motion 138 32A programmables + Streamline TV			

Dr. BENOIT LEROUX
et de Chirurgie ORL
Spécialiste Cervicofaciale
Nez - Lèvre - Oreille

AUDIOPIC
Yasmina BENABDELALAH
19, Av. d'Alger - Rabat
Tél: 0537 70 67 43/0537 70 59 05

Dr. F. P. LOT: A090194
et ch. PER: 03-2022
Spécialis. PPV: 33,00DH
acial
Oreille

الدكتور يوسف بنشقرون
أستاذ بكلية الطب
إختصاصي في أمراض
الأنف، الأذن و الحنجرة

Casablanca, le :

17/09/19

M^r Adnane Robamed

33,00

Spectrum V
gouttes auriculaires
fois 12 x 8



PHARMACIE CALIFORNIE
ALT ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Port
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99



DR. BENCHAKROUN. Y.
Professeur d'ORL
et de Chirurgie Cervico-faciale
Spécialiste Nez - Gorge - Oreille

Dr Benchakroun Youssef
Professeur d'O.R.L
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge- Oreille


الدكتور يوسف بنشكرون
أستاذ بكلية الطب
إختصاصي في أمراض
الأنف. الأذن و الحنجرة

Casablanca, le : 17/09/19

M^r Adnane Rehamed

Hypoacusis &
perception bilatérale

02 prothèses
auditives Nemerique


Dr. BENCHAKROUN Y.
Professeur d'O.R.L
et de Chirurgie Cervicofaciale
Spécialiste : Nez - Gorge - Oreille



Rabat, le 24/09/2019

Mr ADNANE MOHAMED

Yasmina Benabdallah

Opticienne Audioprothésiste
Diplômée d'Etat - Paris - France

FACTURE AUDIO A113-19

DESIGNATION	QTE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Appareil auditif SIEMENS,Contour d'oreille MOTION 13P 3NXnum�rique,automatique QT 47927 QT 47925 STREAMLINE TV N� 3410121 UNE PLAQUETTE DE PILE GRATUITE <i>L'appareillage comprend :</i> ► Le bilan audioprothétique ; ► L'adaptation d'un embout auriculaire sur mesure ; ► L'application prothétique ; ► Le contrôle d'efficacité prothétique et d'innocuité ; ► Le contrôle permanent gratuit.	2	17500,00	35000,00

TOTAL:	35000,00
---------------	-----------------

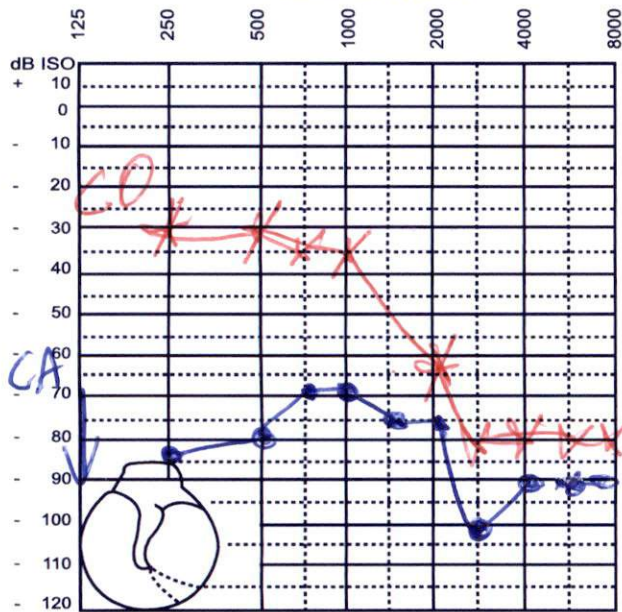
**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE TRENTE CINQ MILLE DIRHAMS
HORS TAXES**

19, Av d Alger
Rabat - Hassan
Tél: 05 37 70 67 23
05 37 70 59 05

R.C. N  46810
I.F N 34204645
Patente N 25122172
ICE 001519193000082
audioptrabat@gmail.com

AUDIOPTIC
Yasmina BENABDALLAH
19, Av. d'Alger - Rabat
T l.: 0537 70 67 23/0537 70 59 05

FREQUENCE HZ



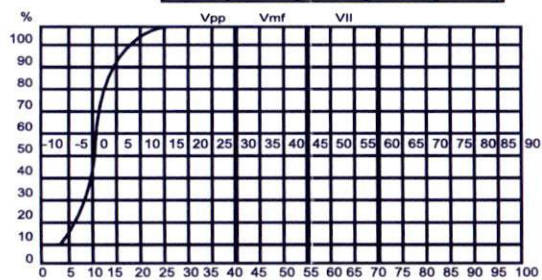
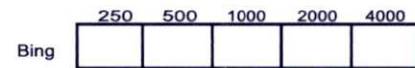
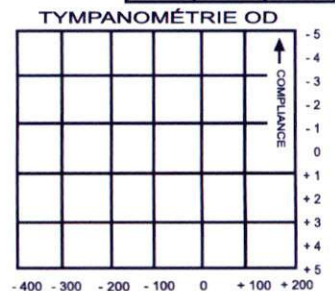
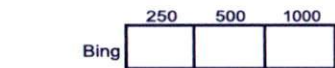
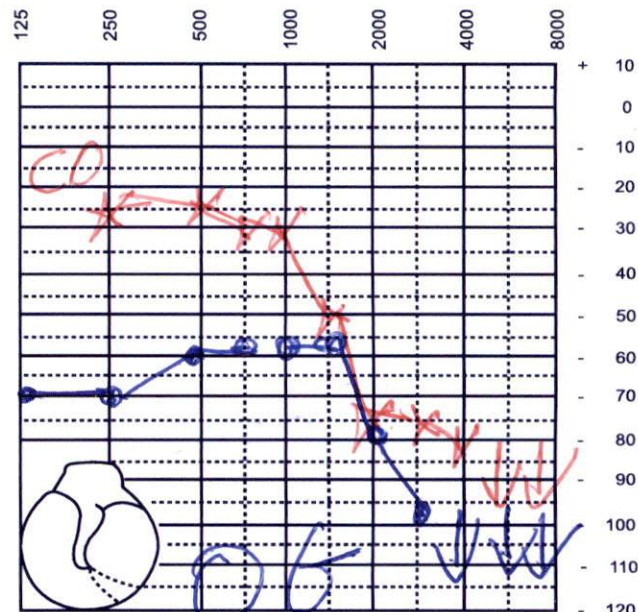
PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

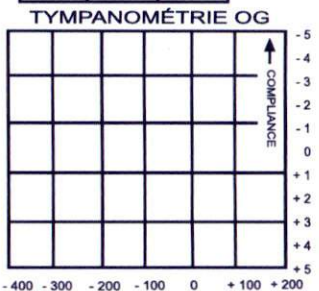
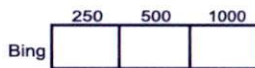
B O X 7 =
M O X 1 =

Total
Perte
Binaurale
en%

8



I.C.A. = + + =



Dr. BENCHAKROUN YOUSSEF

Spécialiste O.R.L.

Nez - Gorge - Oreille.

Nom Prénom

Age Profession

Adresse

Date

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Traitement chirurgical :

Date :

Côté :

Type de l'intervention :

Dr. BENCHAKROUN Y.
Professeur d'O.R.L.
et de Chirurgie Cervicofaciale
Spécialiste
Nez - Gorge - Oreille