

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-444017

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4968

Société :

R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AMR HAFID

Date de naissance :

19/04/1963

Adresse :

RESIDENCE ECHRAF IMMDR 2^{ème} étage
HAY AL INARA. CASA.

Tél. :

0661392672

Total des frais engagés :

208,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TARY Mustapha
ORL ET CHIRURGIE
GENIVO - MAXILO FACIALE

Date de consultation :

27 Sept 2019

Nom et prénom du malade :

FADI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Co-parent

☐ 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 :

12/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27 Sept 2019	C		Unatut	INP: 6120161

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI Cooperative Ach-charaf N°DM2 Hay Inara Hadjoulia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	09/10/19	238,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

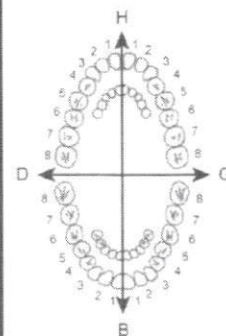
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

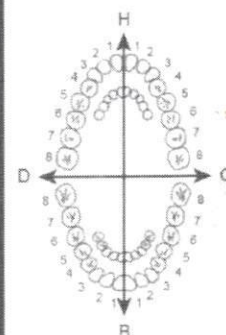
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433553
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11439553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mustapha TARY

Spécialiste :

- * ORL et chirurgie Maxillo-Cervico-faciale
- * Chirurgie de surdité, Ronflement et vertige
- * Formation approfondie   l'IGP (Bordeaux-france)
- * Diplôme d'allergologie et immunologie clinique
- * Ancien Chirurgien des hôpitaux
- * Expert assermenté près des tribunaux



الذكتور مصطفى الطاري

أختصاصي :

- أمراض وجراحة الأنف، الأذن والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق والفك
- جراحة الصمم، علاج الشخير والدوار
- تكوين معمق ب.م.ج.ب (بورديو-فرنسا)
- دبلوم في تشخيص وعلاج أمراض الحساسية
- جراح سابق بالمستشفيات
- خبير محلف لدى المحاكم

casablanca le :

09 Octo 2019

MS Fez. HAFI

136,20

⊙ nafex (S.V)

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nas.
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

PHARMA
Dr. B. B.
Coopérative
Hay Inara Ra
Tél. 05

2 pul das clare

nerim le mahv

79,90

⊙ Lorodex (S.V)

79,90



1 y li

pod 01

22,00

⊙ Cestop (S.V)

yp - 5/1

22,00
238,10

0522 59 98 70: الهاتف (أمام صيدلية ابن زهر) شارع النيل سيدي عثمان بلوك 42 رقم 62

E-mail : mustapha.tary@gmail.com - 06 61 51 51 مستحضرات