

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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-531761

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24591**

Matricule : **956** Société :

☐ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **MASSOUNI SAID**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **066115 6234** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

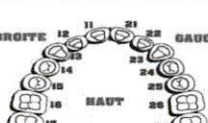
[Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H		D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>
H														
D	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>												

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-380445	
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			

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

MEDICIN		Prénom du patient		MASSIMILIANO	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age	46	Date
Nature de la maladie				Date 1ère visite	
CA + Lésions d'ovaire				Dossier	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
V2+K6		300 + 100 = 400 000

PHARMACIE	Date <u>12/12/2018</u>	
Montant de la facture	<u>19,40</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	N° 8 bis Tar. ICE : 00
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
.....		RACHET
.....		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذنين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 60 53 / 0522 22 66 11
فاكس : 0522 22 71 24

12 DEC. 2019

Casablanca, le

MASSOUR Mohamed Said

19.40

Antibiotique



3

7 ju 20

PHARMACIE DU LYCEE
CASA SAN AU
N° 8 bis Rue de la Révolution - CASA
Tél : 05 22 29 47 67
ICE : 001689088000047

Docteur HAMID LOUNIS
O.R.L ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
19, Av. Hassan II - 5^e étage
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
فكس : 0522 22 71 24

Casablanca, le

12 DEC. 2019

Nom / Prénom : MASSOUM Redouane

COMPTE RENDU

☒ Consultation ORL

☐ K30 : Nasofibroscopie

☐ K20 : Audiogramme

☐ K10 : Impédance métrie

☒ K10 : Lavage d'oreille

☐ Autre :

Conclusion :

Bronche de cerumen
bilatérale

Forfait :

400 DH

Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
19, Av. Hassan II - 5^e étage
Tél. : 0522 22 66 11 CASABLANCA