

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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 (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° P19- 062483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3026 Société : 49311

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSSADAKA Mostafa

Date de naissance : 1977

Adresse : ...

Tél. : 0661595736 Total des frais engagés : 3660 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. CHERIF ZATOUNI
Chirurgie Générale et Endocrinienne
Ancien Assistant au CHU de Lille France
Ancien Chirurgie à l'Hôpital M. Youssef
Ancien Chirurgie à l'Hôpital M. Youssef
Bd. Oum Rabiha 22 GH1, Jardin Oum Rabiha
2ème étage Oulla - Casablanca
IN.P.F. : no 1017609

Date de consultation : 25/11/2017

Nom et prénom du malade : ... Age : ...

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : sinus périmaxillaire

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 : Cas Le : 26/11/2017

Signature de l'adhérent(e) : ...

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062483

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 : 3026

Nom de l'adhérent(e) : BOUSSADAKA

Total des frais engagés : 366 DH

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
25/11/2020		2	2500	<p>D. CHERIF Chirurgie Générale et Spécialité Ancien Assistant au CHU de L'Université Ancien Chirurgien à l'Hôpital My. Youssef Casablanca Bd. Oum Rabii, E2.GH1, Jardin Oum Rabii 2ème étage Oulfa - Casablanca INPE : 091017608</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LES PRODIGES 34 E L'ONISSEMENT 2000 Gsm: 06 67 07 50 22 Add: Oulfa - Casablanca</p>	25/11/2020	116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

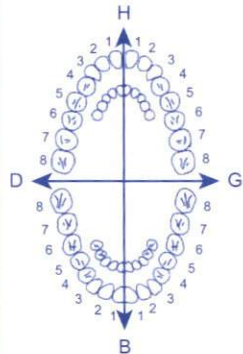
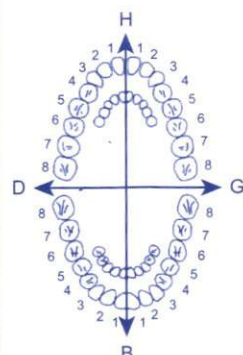
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>			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. CHERIF ZAITOUNI Moulay Ali

Chirurgie Générale et Endocrinienne

- Thyroïde (Goitre) - Surrénales - Parathyroïde
- Chirurgie de l'Estomac - Foie - Intestin et Vésicule Bilaire
- Coelochirurgie

Ancien Assistant au CHU de Lille France

Ancien Chirurgien à l'Hôpital My Youssef Casablanca.



الدكتور الشريف زيتوني مولاي علي

الجراحة العامة وجراحة الغدة

- جراحة الغدة الدرقية (Goitre) - الجاردرقية
- جراحة الغدة الكظرية
- جراحة المعدة - الكبد - المرارة - الأمعاء
- الجراحة بالمنظار

طبيب جراح سابقا بالمركز الإستشفائي بليل - فرنسا

طبيب جراح سابقا بمستشفى مولاي يوسف - البيضاء

Casablanca, le 27/11/2020 : الدار البيضاء في :

N° Bousiastica Aynan

116,00

Zoubeir f Sach

SV

PHARMACIE LES PARENTS
Nadia GOURANI
234 E Lotissement Zoubeir
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25

Dr. CHERIF ZAITOUNI Moulay Ali
Chirurgie Générale et Endocrinienne
Ancien Assistant au CHU de Lille France
Ancien Chirurgien à l'Hôpital My Youssef
Bd. Oum Rabi, E2 GH1, Jardin Oum Rabi
Casablanca
Tél: 0522 89 14 13
GSM: 06 38 69 52 97

PPV: 116DH00
PER: 04-23
LOT: J1319

شارع أم الربيع مجموعة H1، مدخل 2 الطابق الثاني حدائق أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 89 14 13 - المحمول : 06 38 69 52 97

Bd. Oum Rabi, E2 - GH1, Jardin Oum Rabi, 2ème Etage - Oulfa - Casablanca

Tél. : 0522 89 14 13 - GSM : 06 38 69 52 97