

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

- 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.

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° W21-781960

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid SAADOU
Hépat - Gastro - Entérologue
et Proctologue
Im. Zohour Place des Taxis Q.I. 80020 - AGADIR

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/04/23 | C.e. | 1 | 250 M | INP: 041121856 Dr. Khalid SKADOU Hépatite - Gastro - Entérologie et Proctologie Im. Zohour Place des Taxis 01.80020 - AG |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| Pharmacie ANBARY Badreddine ANBARY Av. Hassan II, Imm. Hasna AGADIR - Tél: 05 28 84 55 92 | 5/04/2023 | 464,30 DA |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

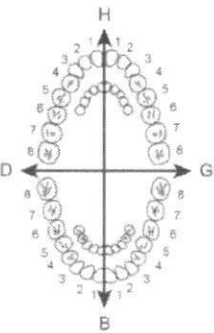
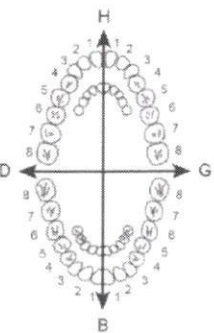
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|--|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Khalid SAADOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

- ▶ Endoscopie digestive
- ▶ Echographie abdominale
- ▶ Protologie médico-chirurgicale

الدكتور خالد سعدو

باز الهضمي
ليي فرنسا

LOT : 4646
PER : 11-27
P.P.V. : 45 DH 90

- ▶ الفحص بالمنظار الداخلي
- ▶ الكشف بالصدى الصوتي
- ▶ أمراض وجراحة البواسير

Agadir le 05 / 04 / 2023

Mme BENSOUDA Nouhad

226, 00
45.90x4
1. ESAC gélule 40 mg (01 boîte GM)

01 gélule par jour le matin avant repas pendant 01 mois

2. TRIBUTINE sachet sans sucre 150 mg (04 boîtes)

01 sachet 03 fois par jour avant repas pendant 01 mois

MEBEVERINE Forte comp. 135 mg (01 boîte)

01 comp. 03 fois par jour avant repas

464.30
Pharmacie ANBARY
Bacheddine ANBARY
Av. Hassan II, Imm. Hasna
AGADIR - Tél: 05 28 84 55 92

Dr. Khalid SAADOU
Hépat - Gastro - Entérologue
et Proctologue
Im. Zohour Place des Taxis Q.I. 80020 - AGADIR
Tél: 05 28 84 74 38 | Tél-Fax: 05 28 84 69 96

Imm. Zouhour Place des Taxis - ساحة الطاكسيات - عمارة الزهور
Q.I. - Agadir 80 020
Tél. : 05 28 84 78 38
Tél./ Fax : 05 28 84 69 96

الحي الصناعي أكادير
- الهاتف :
- الهاتف وفاكس :

LOT : 4647
PER : 11-27
P.P.V. : 45 DH 90

LOT : 3279
PER : 10-27
P.P.V. : 45 DH 90

LOT : 3279
PER : 10-27
P.P.V. : 45 DH 90

Docteur Khalid SAADOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور خالد سعدو

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

NOTE D'HONORAIRES

Identité : M^{me} BEN Soud A. NOUHAÏ

Honoraires de :

La consultation du 05/04/23 = 250 DHS

L'échographie du = DHS

La fibroscopie du = DHS

La rectoscopie du = DHS

La coloscopie du = DHS

(Dernier et unique) = 250 DHS

Dr. Khalid SAADOU
Hépatogastro-entérologue
et Chirurgie Proctologique
Imm. Zohour Place des Taxis Q.I. 80020 - Agadir

عمارة الزهور، ساحة الطاكسيات الحي الصناعي أكادير

Imm. Zohour Place des Taxis, Q.I. Agadir 80020 Tél: 05 28 84 78 38 • Tél/Fax: 05 28 84 69 96