

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.

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.

Déclaration de Maladie

Nº W21-803721

165539)



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1261

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELBEIDA Abdallah

Date de naissance :

1950

Adresse :

Lot DOUTARS n° 59 Belage

Tél. :

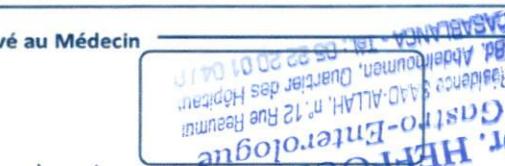
0602888202

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/6/2023

Nom et prénom du malade :

Dr. BELBEIDA Abdallah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DRABEYE

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.

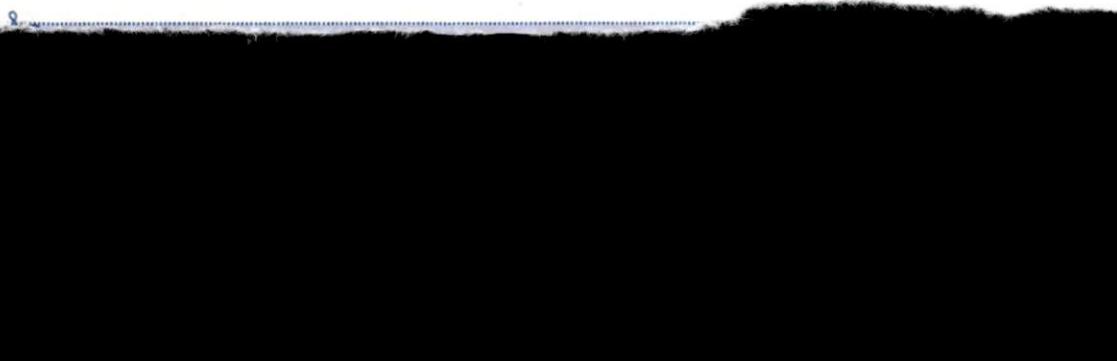


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

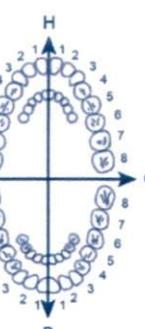
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
01/01/2016 06/01/2016 20/01/2016	C		gratuit	INP : 121614071016101 MÉDECIN - TEL: 06 73 20 00 00 BD Abdessamad - BP 100 Residence GDS 1111 01/01/2016

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/23	497,40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
		INP : <input type="checkbox"/>										
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>										
		Montants des soins <input type="checkbox"/>										
		Début d'exécution <input type="checkbox"/>										
		Fin d'exécution <input type="checkbox"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G	
H	25533412 21433552											
D	00000000 00000000											
B	35533411 11433553											
G												
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>										
		Montants des soins <input type="checkbox"/>										
		Date du devis <input type="checkbox"/>										
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>										

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوصي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca le, 02/06/2023

Mr Belbeida Abdallah

éviter les aliments sucrés-raisin cerises-dattes -légumes sucrés-sucreries
patisserie-couscous

60,40
Amarel 2

1 cp le matin tous les jours (pendant 30 jours)

537,00
janumet 500/1000

1 p à midi et le soir durant 30j (pendant 30 jours)

a revoir dans 30 j avec NFS-Hb glycosylée

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT 22/06/2025
PER. : 08/08/2025
6 1180001 060031



497,40

Dr. HEFFOUDHI
Gastro-Enterologie

Résidence SAAD ALLAH, n° 12 Rue
Bd. Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA - Tél: 05 22 20 01 04 / 05

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.F.V: 437,00 DH.

HARMANIS IDRISSI
J.C.
20 Rue 2 Lors de la croisement du boulevard Abdelmoumen - Casablanca
TÉL: 022.70.03.43