

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

- Reclamation : 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.

M23-0015490

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A904 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ESSAIBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-015490

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

01200

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

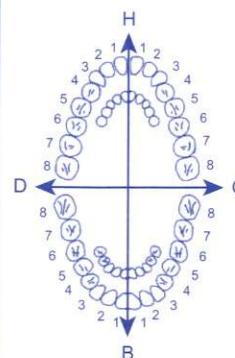
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

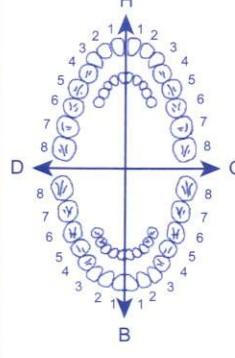


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<input type="text"/>
		$ \begin{array}{c c} H & 21433552 \\ \hline D & 25533412 \\ & 00000000 \\ & 00000000 \\ & 35533411 \\ \hline G & 11433553 \end{array} $		<input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution		<input type="text"/>

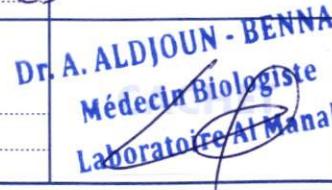
VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0032010		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0032010

DATE DE DEPOT

1...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	 Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ESSAYDI BATHOU		Fonction Phones	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient ESSAYDI BATHOU		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1944
Nature de la maladie		Date 16/06/2023	
			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		 	
PHARMACIE	Date 16/06/2023		
Montant de la facture		 	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 19-06-23	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	 		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ORDONNANCE

Mr/Mme

ESSAÏD, EL BAIJIC

le 11/06/2023

Dr MERGAÏ R.I.
Médecin Généraliste
C.S FATH - Rabat

Paris SVP

- GAG

- Hb ANC.

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Cachet du médecin

Dr. MERGAÏ R.I.
Médecin Généraliste
C.S FATH - Rabat

INPE : 131154593

Date: 16/06/2023

ORDONNANCE

~~ESSAÏD MÉDICAL~~
Dr MÉGADOUR
Médecin Généraliste
C.S FATH - Rabat
ELBATOU

1) ~~Rediger~~ so

65,00 x 2

Neelgar So

1 cps in 53 mls.

2)

6250

missp. 2009

Typ 28 in W

3)

30,50

I made line 2 of

223,0°

ngel 431-8112

3,00
Dr M ERGAOUI R I
Médecin Généraliste
CS FATH - Habab
INPE : 131154593

65,00

↓
X2 Ged

62,50

LOT 222214 1
EXPIRATION 3
P.V. 62,50

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 020653

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
6 118000 010845

CHAMONIX

Dossier N° : 2355707

Ouvert le : 19/06/23

Prélèvement effectué à 13:22

Edition du : 19/06/23

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

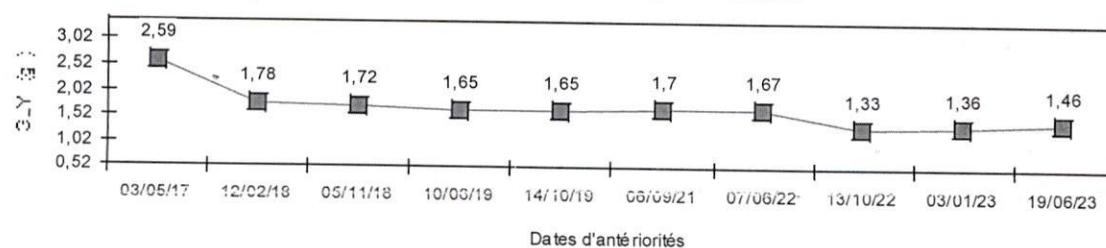
Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

BIOCHIMIE

	Normales	Antériorités
Glycémie à jeun ----- :	0,74 - 1,1	03/01/2023
Soit : 1,46 * g/l	4,1 - 6,1	1,36
8,1 mmol/l		7,5



Hémoglobine glycosylée ----- : 6,60 * %

4,8 - 6 8,30

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
 Médecin Biologiste
 Laboratoire Al Manal



FACTURE
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 00177547800076

INPE: 103060950

IF:14372610

Rabat le : 19 juin 2023

Mme ESSAIDI EL BATOUL

FACTURE N°	217595
------------	--------

Mutuelle

Analyses :	
Glycémie (à jeûn)* -----	B 30
Hémoglobine glycosyliée -----	B 100
Total : B 130	
Prélèvements :	
Prélèvement-----	Pc 1,5
TOTAL DOSSIER	
	154,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Quatre Dirhams et Cinquante Centimes

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal