

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, parodontologie 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 rééducation.
- 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

- 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° W19-570070

47368

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6007 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : SOUFI Abdelhak
 Date de naissance : 14.11.1964
 Adresse : 157 RUE SANAA - SIDI BENRECHID
 Tél. : 06604660 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HAMZA SACHIR
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 32 53 53

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2020
 Nom et prénom du malade : GENI Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : gastro-entérite
 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) :

| 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 | |
| 23/9/2020 c | | | 150,00 | INF : [Signature] | |
| | | | | | |
| | | | | Dr. AMZA Bachir Médecine Générale | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|-----------|--------|-------------------|
| 23/9/2020 | 150,00 | INP: 06/01/6721 |
| | | Dr. AMZA Bachir |
| | | Medicine Generale |

20, Boulevard Masson II - Berthelid

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie</p> <p>Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID</p> | 25-09-20 | 81.60 |

| | | |
|---|----------|-------|
| ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID | 25.09.20 | 81.60 |
|---|----------|-------|

[illegible][illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

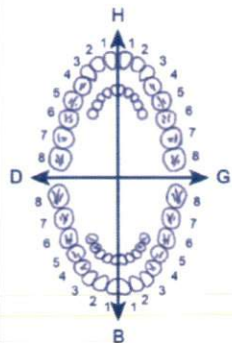
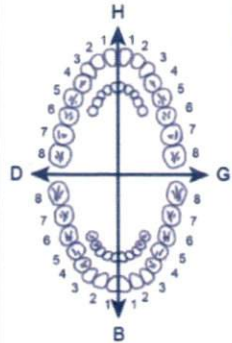
[illegible]

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|--|---------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B 35533411 11433553 </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | (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 DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr HAMZA Bachir

Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie
Diplômé en Diététique Médicale
Diplômé en Médecine du Sport
Diplômé en Médecine du Travail
Diplômé en Expertise Médicale
Expert auprès des Tribunaux

الدكتور حمزة البشير

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
دبلوم جامعي في الطب الرياضي
دبلوم جامعي في طب الشغل
شهادة جامعية في الخبرة الطبية
خبير طبي محلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Prescrit le : 23/9/2020 برشيد في

Nom & Prénom : M. Fourni Murel

LOT : 201001
PER. 01/2022

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML

P.P.V : 37DH10



6 118006 011255



1/ Peridys 37.10 1ml 3 fl

2/ Sweets 3 fl

3/ Apozide 14.50 3 fl

4/ Dolartop 34.60 3 fl

Signé : Dr. HAMZA

Dr. HAMZA Bachir
Médecine Générale
20, Boulevard Hassani
Tél/Fax : 05 22 32 53 53

20, Bd HASSANI II, Tissir 1, Berrechid • برشيد 1, التسير 1, 212(0)661 232 174
Tél. / Fax : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس : GSM : +212(0)661 232 174
المحمول : البريد الإلكتروني : b.hamza55@gmail.com