

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.

Autorisation CNDFP N° : A-A-215/2019



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

Déclaration de Maladie

N° W21-656134

105351

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHERKAOUI

EL HASSANE

Date de naissance :

08/03/1977

Adresse :

VJ 53 Dar EL Keng Dar Bouzga

Tél. :

0661473729

Total des frais engagés :

100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL FEN 28/11/2022

Date de consultation :

28/11/2022

Nom et prénom du malade :

CHERKAOUI EL HASSANE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Rhumato logique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Houda

Le : 28/11/2022

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
28/11/2022	CD		400,00	INP : INPE:091092768 I.C.E: 001697860000077 Dr Houda KADIRI MEKOUAR Spécialiste en Rhumatologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/01/22	Radiologe	60000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B <input type="text"/>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
والعظام

Casablanca, le

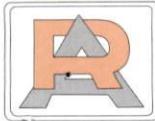
28/11/2022

Mr Cherkani ♀ Hassan

Rep 2 mains F+P

INPE : 091082768
I.C.E: 001697860000077





Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 28/01/2022

Facture N° : **000446/2022**

➤ Nom patient : **CHERKAOUI EL HASSANE**

➤ Examen(s) réalisé(s) : RX 2MAINS F+P

➤

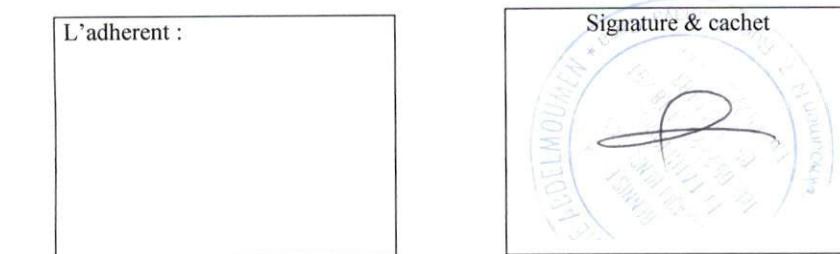
➤ Net à payer T.T.C : 600 DH

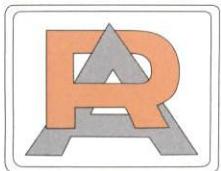
➤ Arrêter la présente facture a la somme de :SIX CENTS DH

➤ Mode de règlement : ESPECE

L'adhérent :

Signature & cachet





Ctre RADIOLOGIE ABDELMOUMEN

مركز الفحص بالأشعة
عبد المؤمن

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : DR HOUDA KADIRI MEKOUAR

Nom du patient : CHERKAOUI EL HASSANE

Examen réalisé : RX.2.MAIN.F+P Date : 28/01/2022

COMPTE RENDU

RX DES DEUX MAINS F+P :

- Aspect radiologique ostéo articulaire normal notamment au niveau des poignets et des articulations IPD et IPP .
- Aspect radiologique normal des articulations inter métacarpo-phalangiennes.

Confraternellement
DR LARAQUI BENSOUDA N.

