

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Alal 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-655542

(218094)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 06400	Société : Royal air maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZADI MOHAMMED.		
Date de naissance : 09 - 05 - 1964		
Adresse : 10, RUE AÏN EL ATI, RGS, NASSIM		
Tél. : 0664 41 4925 Total des frais engagés : 1445,20 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. ACHOUR Ahd
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél./Fax : 0522 26 53 42 - INR : 0522 26 53 41
INR : 0522 26 53 42

Cachet du médecin :

07 JUIN 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ZADI med

Age : 1984

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

diabète

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 : CASA

Le : 07 JUIN 2022

Signature de l'adhérent(e) :

ly

ACHOUR Ahd
Endocrinologie Diabétologie
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél./Fax : 0522 26 53 42

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exactitude de ce relevé
07 JUIN 2022			300	INP : Dr. ACHOUR Ahd Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie 175, Rue Boukraa Casablanca Tél. : 0522 26 63 42 - Tél. fax : 0522 26 53 IMP : 091002329

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PARIS 19^e 22, Rue de la Paix - Paris - Code Postal : 75019 - Tél : 01 42 60 97 600 Fax : 01 42 60 97 601	07/06/2022	1145,22

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

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.																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET MÉDICAL ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

الدكتورة عاشور عهد

إختصاصية في أمراض الغدد والسكري
السمنة - الهرمونات - الغدة الدرقية
سن اليأس

Docteur ACHOUR Ahd

Spécialiste en

ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE

Obésité - Goitre - Hormones

Ménopause - Cholestérol



Casablanca, le

8 X 60,45 M 2 audi M 25

11 A moul 2

8 X 19,00 14 Pne et Syr arch

21 ADO 880

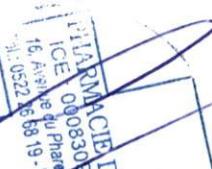


2 X 25,50 symme hrt ap (Sp)

3) Beendelby Acu chelt

145,20 165,00 C n° 2 app

Wkun



Dr. ACHOUR Ahd
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél: 0522 26 53 42 - FAX: 0522 48 2222
INP: 00410100000000000000000000000000

إقامة حسام الجاسم - زنقة بوخراع - بجانب مستشفى مولاي يوسف الصوفي سابقاً - الدار البيضاء

Résidence Houssam Jassing 175 - Rue Boukaâ - à côté de l'Hôpital My Youssef (ex. Sidi Soufi)

Tél.: 05 22 26 53 42 / 05 22 26 53 41 - الهاتف : E-mail : dr_achour80@hotmail.com

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031
PER.:01 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031
PER.:01 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031
PER.:05 2023

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

LOT : 3564
U.T.AV : 06-22
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3565
U.T.AV : 06-22
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 9190
U.T.AV : 04-23
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4091
U.T.AV : 10-23
P.V : 19 DH 00

LOT : 9856
UT.AV : 07-23
P.P.V : 19 DH 00

OT : 3058
ER : 08 - 23
V : 19DH00

LOT : 9194
U.T.AV : 04-23
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 6083
P.P.V : 19 DH 00
U.T.AV : 11-22

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031
PER.:16 2024

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031