

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.

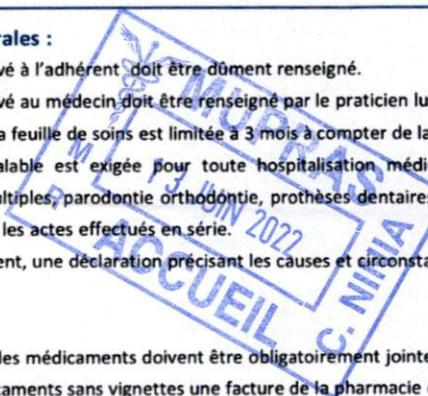
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

Déclaration de Maladie

N^o W21-696644

44 118723

| | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 34 28 | Société : | RAT |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | fille |
| Nom & Prénom : Zizi Nohammed | | | |
| Date de naissance : | 26/06/56 | | |
| Adresse : | 1 rue Michel Ange Racine Gasa Blanca | | |
| Tél. : | 06 61 33 16 33 | | |
| Total des frais engagés : | | | Dhs |

Autorisation CNDDP N° : A-A-2115/2019

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <i>AMICO BOURAICHE Assurances Maladie et Accidents du Travail Assurance Chômage et Retraite Assurance Vie et Assurance Auto</i> | | | |
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | zizi Nouv | Age: | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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) :

... verschillende:

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 21/01/2022 | 3 actes | 300dh CS | 300dh | INFORMATIQUE SOUAICH Centre D'Informatique, Photo et Multimédia, N°17, Zone d'activités de Boulaouane, Maroc Tél : 0524 78 17 84 |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Hind ENNAKHACHE Radiologue Diagnostique et Interventionnelle Mme. Lamia Cabana Hivane N° : 06 b73 37 17 | 21.10.4/22 | 10.17. Février | 12.000,00 Dhs |

AUXILIAIRES MEDICAUX

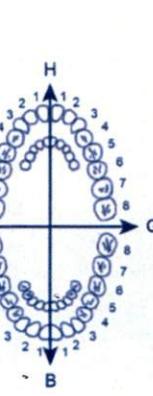
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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"/> |
|--|---|---------------------------|---------------------------|--|
|  | | | | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | | | | <input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | B 11433553 |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 21/04/22

ORDONNANCE

Nom et prénom :

Mr Zizi Nour

patiente programmée pour

une sptc rhinoplastie

⇒ TDM Faciale :

- Corps axial

- " coronal

- " 3D

Dr. Hind ENNEDDAoui
Radiologie Diagnostique
et Interventionnelle
6 et 6 sis à Imm
La Cabana Hivernas
+ 212 524 43 10 72



CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

Dr. Hind ENNEDDAM

Radiologie diagnostique
et interventionnelle

• IRM 1.5 Tesla

• Scanner multibarettes

• Panoramique dentaire

Dentascanner

• Mammographie
numérisée

• Radiologie générale
numérisée

• Hystérosalpingographie

• Ostéodensitométrie

• Échographie Doppler

Élastographie

• Radiologie Interventionnelle
(Biopsie-Cytoponction)

Marrakech, le 21/04/2022
Facture N° : 1097/2022

Nom : ZIZI NOUR

Convention : MUPRAS

| Examen (s) | Prix |
|------------------------|-----------------|
| SCANNER FACIAL | 1 200,00 |
| Montant total : | 1 200,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DHS

Règlement : TPE

Dr. Hind ENNEDDAM
Radiologie Diagnostique
et Interventionnelle
N° 5 et 6 sis à Imm 10
Rue Camille Cabana Hivernage
0524 - 04 23 37 10 72

CENTRE DE
RADIOLOGIE HIVERNAGE

INPE : 071253660

I.F: 39370761 - Patente: 45104233 - ICE:002357394000016

Adresse : N°5 et N°6 IMM 10 Rue Camille Cabana Hivernage Marrakech

Tél : 0524 44 98 97 / 0524 45 75 46 - Fax : 0524 44 98 97

E-mail : contact@centredeleradiologehivernage.com

Site Web : www.centredeleradiologehivernage.com