

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 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



MUPRAS

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

N° W21-720942

127369

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1905

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HABAB EL HASSAN

Date de naissance : 01.01.1956

Adresse : 53 JIMMY C HAY BADAIZ
A. MEN CHICHA 7 ARRAKECH

Tél : 0661197365 Total des frais engagés : 371,80 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hadid Fatima Ezzahra
Spécialiste ORL - CCF
INPE : 071280267 - Tél : 05 24 05 97 59
06/08/2015
Centre d'affaires MALIZIA
Avenue Allal El Fassi

Date de consultation : 06/08/2015

Nom et prénom du malade : HABAB EL HASSAN Age : 66 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Boudon de Corne Bilabiale

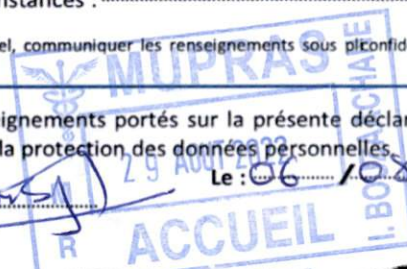
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention 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 : MARRAKCH Le : 06/08/2015

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/08/22 | | 08 | 250,00 | INP : 1111111111 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie de l'Industrie Docteur en Pharmacie Lot. AL MASSAR N° 111 Sidi Ghannouch Marroch - Tel: 024 33 64 77 | 06/08/22 | 21,80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'OC

| 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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



Dr. Hadid
Fatima Ezzahra
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et
Chirurgie Cervico-faciale

طبيبة أخصائية في جراحة الأنف، الأذن والحنجرة

Dr. Hadid Fatima Ezzahra

الدكتورة حديد فاطمة الزهراء

- Ancien medecin au CHU Mohamed VI, de Marrakech
- Diplôme de Chirurgie de l'oreille à Bordeaux, France
- Lauréate de la Faculté de Médecine et de la Pharmacie de Marrakech

- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
- دبلوم جراحة الأذن بجامعة بوردو بفرنسا
- خريجة كلية الطب والصيدلة بمراكش

Note d'honoraire

Marrakech, le 06/08/2022

Patient : el hassan habab

Date Visite : 06/08/2022.

| Acte | Code | Prix |
|------------------------|------|-----------|
| Consultation | CS | 250.00 |
| aspiration auriculaire | | 100.00 |
| Total | | 350.00 DH |

Centre d'AFFAIRE MALIZIA, Avenue ALLAL EL FASSI, Bureau N° 38, 3ème étage, Marrakech
Tél: +212 (0) 524 059 759 | GSM: +212 (0) 654 167 807

cabinet.ori.hadid@gmail.com

Dr. Hadid Fatima Ezzahra
Spécialiste ORL - CCF
INPE 1071280267 - Tél: 05 24 05 97 59
Centre d'AFFAIRE MALIZIA,
Avenue Allal El Fassi



Dr. Hadid
Fatima Ezzahra
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et
Chirurgie Cervico-faciale
طبيبة أخصائية في جراحة الأنف، الأذن والحنجرة

Dr. Hadid Fatima Ezzahra

الدكتورة حديد فاطمة الزهراء

- Ancien medecin au CHU Mohamed VI, de Marrakech
- Diplôme de Chirurgie de l'oreille à Bordeaux, France
- Lauréate de la Faculté de Medecine et de la Pharmacie de Marrakech

- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش
- دبلوم جراحة الأذن بجامعة بوردو بفرنسا
- خريجة كلية الطب والصيدلة بمراكش

ORDONNANCE

Marrakech, Le 06/08/2022.

El HASAN HABAB

21,80

1 Polydexa

gde.



1 gde

x

31

21,80

Dalh

1 semaine

PHARMACIE MARCHÉ DE GROS
DESSA Younes
Docteur en pharmacie
Lab. Al-Habib - Tél : 024 33 64 77
Marrakech

Dr. Hadid
Fatima Ezzahra
Spécialiste OPI - CCF

21,80



Avenue ALLAL EL FASSI, Bureau N° 38, 3ème étage, Marrakech

SM: +212 (0) 654 167 807



cabinet.orl.hadid@gmail.com

Contrôle
LS

1 semaine

Dr. Hadid
Fatima Ezzahr
Spécialiste O.R.L.

12/8/22

11:00