

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-767247

☒ **Maladie** ☒ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **Ran**

Matricule : **9378** Société : **Ran**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : **Bzioui Rachid**

Date de naissance : **31.01.66**

Adresse :

Tél. : **0661357688** Total des frais engagés : **200**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAHIR Mohamed Amine
N° 101 Angle Bd. Cadi Ayad & Rd. Soud
1er Etage Sidi MAARO
CASABLANCA Tél. 07 22 54

Date de consultation : **30/01/2023**

Nom et prénom du malade : **Bzioui Rachid** Age : **19**

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

Nature de la maladie : **L**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **2023** Le : **30/01/23**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-767247

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : **9378**
Nom de l'adhérent(e) : **Bzioui Rachid**
Total des frais engagés : **200**

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
				INP : <input type="text"/>

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
	01.02.2023	2.12	200.000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

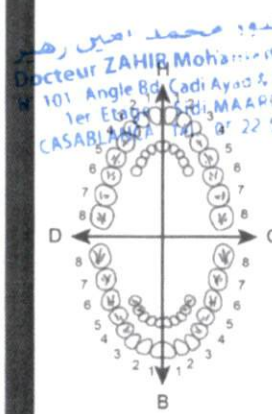
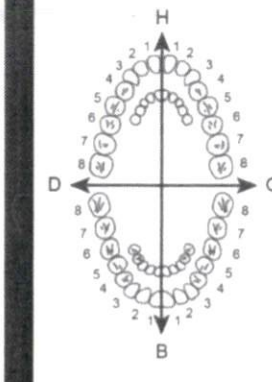
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : INPE:094189909												
		Consultation gratuite		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="30-01-23"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur ZAHIR Mohamed Amine
Chirurgien Dentiste
Diplômé de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



الدكتور محمد أمين زهير
طبيب جراحي للأسنان
خريج كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 30-01-23

M. Bergoui Ismael

Téléradio de profil

Radio Diagnostic
Sidi Maârouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maârouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

الدكتور محمد أمين زهير
Docteur ZAHIR Mohamed Amine
N° 101 Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Qods
1er Etage Sidi MAAROUF
CASABLANCA Tél. : 05 22 58 06 32

رقم 101، تقاطع شارع القاضي عياض و شارع القدس الطابق الأول (قرب مسجد الكرعاني)
سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 58 06 33 - المستعجلات : 0772 15 34 77

N° 101, Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Qods - Etage N° 1 - Sidi MAAROUF
CASABLANCA - Tél. : 05 22 58 06 33 - Urgence : 07 72 15 34 77



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 01/02/2023

FACTURE N° : 00543/2023

Nom & Prénom : BZIOUI ISMAIL
Date d'examen : 01/02/2023

Examens	Honoraires
TELE RADIO DE PROFIL	200 DH
NET A PAYER	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DH

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maarouf
Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Dr. Nadia Moubachir
Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune
Spécialiste en Radiologie

Casablanca , Le 01/02/2023

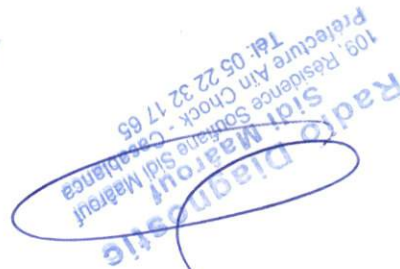
PATIENT : BZIOUI ISMAIL
MEDECIN TRAITANT : DR ZAHIR MOHAMED AMINE

TELE RADIO DE PROFIL

Absence de lésion osseuse.

Contrôle ODF.

Confraternellement
Dr MOUBACHIR NADIA



109, تجزئة سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء



BZCUT 107416