

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0011436

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1681</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BAITOUSSI HED</u> <u>163566</u>
Nom & Prénom : <u>BAITOUSSI HED</u>			
Date de naissance : <u>1951</u>			
Adresse : <u>Habib Bourguiba</u>			
Tél. : Total des frais engagés : <u>250 + 470</u> Dhs			
Cachet du médecin :			
<u>DR HABIB HOUADIAZ</u>			
Date de consultation : <u>31/05/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>OUNGHARI SAADIA</u> Exp Bantousse Age : <u>59 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HTN</u> → <u>Hypertension</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>HTN</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : <u>Casablanca</u> Le : <u>31/05/2013</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>BAITOUSSI HED</u>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1681</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BAITOUSSI HED</u> <u>163566</u>
Nom & Prénom : <u>BAITOUSSI HED</u>			
Date de naissance : <u>1951</u>			
Adresse : <u>Habib Bourguiba</u>			
Tél. : Total des frais engagés : <u>250 + 470</u> Dhs			
Cachet du médecin :			
<u>DR HABIB HOUADIAZ</u>			
Date de consultation : <u>31/05/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>OUNGHARI SAADIA</u> Exp Bantousse Age : <u>59 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HTN</u> → <u>Hypertension</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>HTN</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : <u>Casablanca</u> Le : <u>31/05/2013</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>BAITOUSSI HED</u>			

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
30/09/23	2023	C	21000	DR. S. A. OULFA
21/09/23			21000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIN SIDI MOURRAOUI Dr. S. A. Oulfa 4, Résidence Annain Oulfa Tél.: 022.89.43.89 - Casablanca 092050293	30/09/23	T: 470,500 Dhs.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

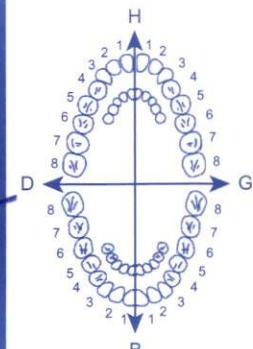
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
B 00000000 35533411	
	B 00000000 11433553



[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. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهندي

SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.

دبلومي في أمراض الغدد والأيض أثناء الانتقال إلى
مرحلة الابلوج، باريس.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

6 118 01 081608
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH

6 118 001 081608

152,50 X

6 118 001 081608

Endocrinologie
Institution, Paris.

Casablanca Le : 31/05/2023

ORDONNANCE MÉDICALE

Dumghani ep Bartanssi
Sas dia

Alontus solostar
obut à 140

AS
PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Sham FERRAOUI
Dor... 4, Résidence Annaim Gulf
Tél.: 022.89.43.69 - Casablanca

13,40

Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

6 118 001 102013
7862169336

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118 001 081608

TALEB
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point Chahdia
Oulfa - Casablanca - Tél: 0522.90.14.53