

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 : Centre Allal 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



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 003386

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4116 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIK LATIFA

Date de naissance : 01/04/59

Adresse : AENOPONT Bensliman villa 15B PHOUE

Tél. : 0668487546 Total des frais engagés : 1655,01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FAIK EL MAHMOUD Age: 59

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

Nature de la maladie : FAIK EL MAHMOUD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Affection longue durée

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 24/07/2023 | U | | 3000 | |
| 22/08/2023 | 1 K | | 5000 | |
| 22/08/2023 | 1 K | | 5000 | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|  | 22/08/23 | 358,01 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| 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 |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

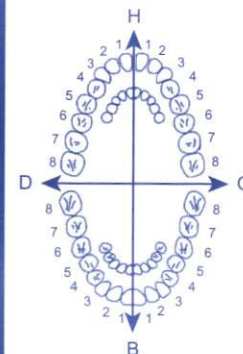
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

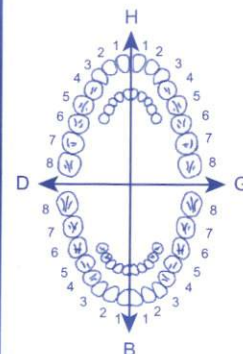
Important :

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
| | | | | | 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 | |
|--|--|--|--|----------------------------|--|
| | | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> | | <input type="text"/> | |
| | | <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> | | <input type="text"/> | |
| <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | <input type="text"/> | |
| <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> | | <input type="text"/> | | | |
| | | <input type="text"/> | | | |
| <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> | | <input type="text"/> | | | |
| | | <input type="text"/> | | | |

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | | G |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور سعيد البلغيتي

اختصاصي في الولادة وأمراض النساء

العقم - التصوير الصوتي - اليزر

ملحق سابقا بمستشفيات باريز

رئيس قسم الجراحة النسوية بالمستشفى

العسكري بمراكش سابقا

29. إيليا أبو ماضي - كوتبي

مقابل الشرطة الرئيسي - الدار البيضاء

الهاتف ع : 0522 20 65 79 / 0522 22 79 75

الفاكس م : 0522 20 67 57

بالموعد



Casablanca le : 22 - 08 - 23



ARCOXIA® 90 mg

Etoricoxib

90 ملغ **أركوكسيا®**
ايتوريكسيب



٧^{هـ} El Nouhavi

1) Laminex 20
1 cp / 15 de sein pelt



2) 2mg
268,00

3) Arcoxia 90



90,00 1 cp / 15 de sein pelt 10x

4) Repadina 1000



1 cp / 15 pelt 10x puis 3000 / semaine pelt 6 mois

358,00

Dr. El Nouhavi Said
GYNÉCOLOGUE ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
Ex. Ant. des Hôpitaux de Paris
29, Rue Ilyia Abou Madi - Gauthier
Tél: 0522 206 579 Fax: 0522 227 990
I.F: 40305040 - T.P. 3550940
CNSS: 728903

En Cas d'Urgence Appeler Clinique l'Hermitage : 0522 86 55 66

DOCTEUR Said BELGHIT
GYNECOLOGUE – ACCOUCHEUR
Chirurgie gynécologique
Chirurgie Endoscopique
Stérilité- Echographie – Endoscopie

Ancien chef du service de chirurgie
Gynécologique de l'Hôpital Militaire de Marrakech

29, Rue Ilya Abou Mady –Gautier
(Ex, rue Buffon)- Casablanca
Face Commissariat Central
C.022- 20.65.79 / 022-22-79-75
Fax : 0522-20-67-57
Patente : 35509499

FACTURE

REF 23/ 398

Le cabinet vous prie de croire à l'assurance des ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de **1300 dh**

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| CONSULTATION | : 300 dh |
| ECHOGRAPHIE PELEVienne | : 500 dh |
| ECHOGRAPHIE MAMMAIRE | : 500 dh |

Le : 22/08/2023

Mme : FAIKI EL MOUHANI LATIFA

SIGNATURE

DOCTEUR BELGHIT Said
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
Ex. Att. des Hôpitaux de Paris
29, Rue Ilya Abou Mady - Gauthier
Tél: 0522 206 579 - Fax: 0522 227 975
I.F: 40308040 - T.P: 35509499
CNSS: 2289024