

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 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

N° W21-806451

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 2087 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : BENSOUDA

Nom & Prénom : BENSOUDA NOUHAD

Date de naissance : 15/12/1952

Adresse : 25 Impasse de Madrid Agadir

Tél. : 0661061775 Total des frais engagés : 348,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid SAADOU
Hépat - Gastro - Entérologue
et Proctologue
In. Zuhour Place des Taxi Q.I. 80020 - AGADIR
Tél. 05 28 84 73 18 - Tél. Fax 05 28 84 60 00

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : BEN SOUDA NOUHAD

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

Nature de la maladie : affection digestive

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) : Nouhad

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-806451

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2087

Nom de l'adhérent : BENSOUDA NOUHAD

Total des frais engagés : 348,50

Date de dépôt : 18 DEC. 2023

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
20/11/23	CL	1	250 M	INP: 046921856 Dr. Khalid SAAD Hépatite - Guérir - Endocrinologie et Chirurgie Proctologique Zohour Place des Tanneurs - Agadir 29 84 78 19 / Tél. Fax: 05 29 84

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Four	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ANBARY Badriddine ANBARY Av. Hassan II, Imm. Hasna AGADIR - Tél: 05 28 84 55 92 042010066	20-11-2023	698.50 DA

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	

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 :

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

Docteur Khalid SAADOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

- ▶ Endoscopie digestive
- ▶ Echographie abdominale
- ▶ Proctologie médico-chirurgicale

الدكتور خالد سعدو

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

- ◀ الفحص بالمنظار الداخلي
- ◀ الكشف بالصدى الصوتي
- ◀ أمراض وجراحة البواسير

Agadir le 20 / 11 / 2023

Mme BENSOUDA Nouhad

1. RAZON comp. 40 mg (01 boîte GM)

01 gélule par jour le matin avant repas pendant 01 mois

2. SYSMETIX capsule (01 boîte)

01 capsule par jour le matin avant repas pendant 01 mois

3. INDUCTAN comp. 200 mg (03 boîtes)

01 comp. 03 fois par jour avant repas pendant 01 mois

698.50 DH

Pharmacie ANBARY
Badreddine ANBARY
Av. Hassan II, Imm. Hasna
AGADIR - Tél: 05 28 84 55 92

Dr. Khalid SAADOU
Hépatogastro-entérologue
et Proctologue
Imm. Zohour Place des Taxis, Q.I. 80020 AGADIR
Tél: 05 28 84 78 38 / Tél-Fax: 05 28 84 69 96

عمارة الزهور، ساحة الطاكسيات الحي الصناعي أكادير
Imm. Zohour Place des Taxis, Q.I. Agadir 80020
Tél: 05 28 84 78 38 • Tél/Fax: 05 28 84 69 96

Docteur Khalid SAADOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور خالد سعدو

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)

NOTE D'HONORAIRES

Identité : M^{me} BENSONDA NOUHA

Honoraires de :

La consultation du 20/11/23 = 250 DHS

L'échographie du DHS

La fibroscopie du DHS

La rectoscopie du DHS

La coloscopie du DHS

(Deux consultations) = 250 DHS

Dr. Khalid SAADOU
Hépto - Gastro - Endocrinologue
et Chirurgie Proctologique
Im. Zohour Place des Taxis Q.I. 80020 - Agadir
Tél: 05 28 84 78 38 / Tél - Fax: 05 28 84 69 96

عمارة الزهور، ساحة الطاكسيات الحي الصناعي أكادير

Imm. Zohour Place des Taxis, Q.I. Agadir 80020 Tél. 05 28 84 78 38 • Tél/Fax: 05 28 84 69 96