

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, parodontologie 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 Ajjal 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

Dos. env. le 05/01/2024

N° W21-776521 par amana.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Belkhat Zoung 199851
 Date de naissance : 18/01/54
 Adresse : place M. H. 39 Cité Sidi
 Tél. : 0661389556
 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. M. MOUNIRI
 Diabétologie - Nutrition
 Endocrinologie - Nutrition
 Diplôme d'Echographie - Nutrition
 Tél. : 05 28 84 84 97
 Av. Hassan II Imm. Oumil 1er Etage App. 6 - AGADIR
 Date de consultation : 18/01/23
 Nom et prénom du malade : Belkhat Zoung Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète sucré
 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 Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-776521

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 : 3218
 Nom de l'adhérent(e) : Belkhat Zoung
 Total des frais engagés : 300,00
 Date de dépôt :

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
28/11/23	C2	Dr. M. MOUNIR	300.000	Dr. M. MOUNIR
		Diabétologie - Numération		
		Endocrinologie		
		Diplôme d'Ecographie		
		Tel : 05 26 24 84 89		

[illegible]

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

[illegible]

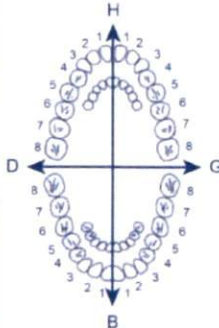
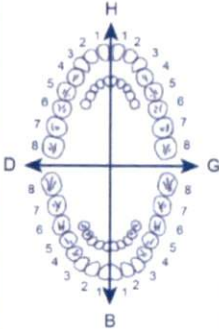
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RÉCÉPÉ 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></div> </div>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</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

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'ODF

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : 28 12 23

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu de : Mme

Bel yid Zaina

La somme de :

Pour : ☒ Consultation

☐ Echographie

☐ Séance nutrition

☐ Soins pied

☐ Education thérapeutique

☐ Autre

Dr. M. MOUNIRI

Diabétologie - Nutrition

Endocrinologie - Echographie

Diplôme d'Echographie

Tél. : 05 28 84 84 97

Av. Hassan II Imm. Oumlil 1er Etage App. 6 - AGADIR

Av. Hassan II Imm. Oumlil 1er Etage App. 6 - AGADIR

Tél. : 05 28 84 84 97

Diplôme d'Echographie

Endocrinologie - Nutrition

Diabétologie

Dr. M. MOUNIRI



DEMANDE D'EXAMENS

Le : 28/11/23

Nom/prénom : Belgial zaine

Age : 69 ans

RC :

Biochimie :

- ☒ Glycémie ☒ GPP
☒ HbAc
☐ Urée ☐ Creat ☐ A.Urique
☒ ChT ☒ TG ☒ LDL ☒ HDL

Ionogramme sg :

- ☐ NA⁺ ☐ K⁺ ☐ RA

Hormonologie :

- Thyroïde : ☐ TSH ☐ T4 ☐ T3
☐ ATPO ☐ Ac ATG
☐ Ac Anti Récepteur TSH
☐ Thyroglobuline ☐ Calcitonine
Parathyroïde : ☐ PTH ☐ VITD3
☐ Albumine ☐ Calcémie
☐ Phosphorémie ☐ Calciurie
☐ Phosphaturie
Gonades : ☐ Testostérone ☐ D4 AND
☐ 17OH Progest ☐ SDHAS
☐ Estradiol ☐ Progesterone
Hypoplyse : ☐ FSH ☐ LH
☐ GH ☐ IGF1
☐ ACTH ☐ Prolactine
Surrenales : ☐ Cortisolémie de 8H
☐ CLU

B. Hepatique et Enzymologie :

- ☒ GOT ☒ GPT ☐ γ GT
☐ PH ALc ☐ PH Acides
☐ BL ☐ BC ☐ BT

Tests Dynamiques :

- ☐ Synacthène Immédiat
☐ S.Retard
☐ Test TRH
☐ Autres
☐

B. Infectieux

- ☐ CRP ☐ ECBU ☐ VS
☐ Hemoculture
☐ Autres

Hemogramme

- ☒ NFS ☐ Groupage
☐ TP ☐ TCK
☐ Ferritinémie ☐ Fer Serique

Autres bilan :

- ☒ Microalb 24h
☐
☐
☐

RDV :

Dr. M. MOUNIRI
Diabétologie – Endocrinologie
Coaching nutritionnel
Echographie
05 28 84 84 97 - AGADIR

Rdu

26

26. 04. 24

sohuo.