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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

190902

Déclaration de Maladie

M23- Nº 0042384

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

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

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.

MUPRAS 17 JAN 2024 ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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) : .....

[redacted]

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 :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

№ W19-589351

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : Veuve de Merzouki Idrissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0643960102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr EL BOUTAYBI Fattima-zahra Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie Complexe Al Firdaous, Bd Moulay Youssef N°20, Etage 1 Khouribga Tél : 06 52 65 36 48

Date de consultation : 11 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : MERZouki IDRISSI Abdelmoghit Age:

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : casablanca **Le :** / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie № W19-589351

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/12/2023	CS	01	250,00	INP : 06180617

Dr EL BOUTABLI Fatima zahra
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Complexe Al Firdaous, bd Moulay Youssef
N°20, Etage 1 Khouribga
Tél : 06.52.65.26.48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHABAB CASA	11/12/24	370,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
13/12/23	B 950	NFS	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

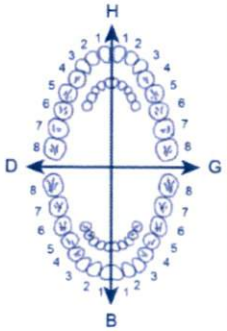
* Il est entendu que le réglement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient

INP : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

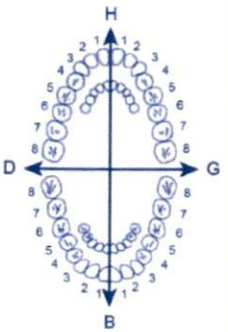
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

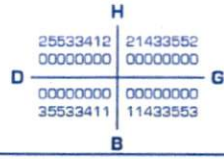
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL BOUTAYBI
Fatima-Zahra
Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie

- Diplôme de Dermatologie Pédiatrique, Nice
- Diplôme de Cosmétlogie Médicale et Médecine Esthétique, Rabat
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
- Ancienne interne à l'Hôpital Aristide le Dantec
- Ancienne interne à l'Hôpital Saint-Louis

الدكتورة البوطيبي
فاطمة الزهراء
إختصاصية في طب الأمراض الجلدية والتناسلية

- دبلوم في طب الجلد عند الأطفال، نيس
- دبلوم في طب التجميل، الرباط
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى اريستيد دانتك
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى سان لويس

Khouribga, le : 11/12/2023 خريبكة، في :

Mr MERZOUKI IDRISSI ABDELGHIT

Faire SVB un dosage de :

- Ferritinémie
- Vitamine D
- TSH us

Dr EL BOUTAYBI Fatima-zahra
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Complexe Al Firdaous, Bd Moulay Youssef
N°20, Etage 1 Khouribga
Tél : 06.52.65.26.48

مجمع الفردوس، شارع مولاي يوسف، العمارة 20، الطابق 1 ، خريبگة - (فوق مقهى قرطبة، قرب صيدلية مولاي يوسف)
Complexe AL firdaous, Bd Moulay Youssef, Imm 20, Etg 1, Khouribga (Au-dessus de Café Cordoba, Près de la Pharmacie Moulay Youssef)
06 52 65 26 48 elboutaybifz@gmail.com

Dr. EL BOUTAYBI
Fatima-Zahra

Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie

- Diplôme de Dermatologie Pédiatrique, Nice
- Diplôme de Cosmétlogie Médicale et Médecine Esthétique, Rabat
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd
- Ancienne interne à l'Hôpital Aristide le Dantec
- Ancienne interne à l'Hôpital Saint-Louis

الدكتورة البوطيبي
فاطمة الزهراء

إختصاصية في طب الأمراض الجلدية والتناسلية

- دبلوم في طب الجلد عند الأطفال، نيس
- دبلوم في طب التجميل، الرباط
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى اريستيد دانتك
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى سان لويس

Khouribga, le : 11/12/2023 خريبكة، في :

92,80 Mr MERZOUKI IDRISSI ABDELMOGHIT

PPV.: 92 DH 80

① DERMOFIX Gel

34,70 Comme shampoing x 2 / semaine

LOT: 4028
PER : 05 - 26
P.P.V: 34 DH 70

② SKINOSALIC lotion

119,- le soir sur le scalp

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 119,00 DH
Ut Av 31/01/2027 | Lot : 284144

③ OSTEOCARE

24,20 1cp/j le midi x 3 mois

24,20

④ TOPSYNE ARG

99,70 le soir sur les lésions qui grattent

⑤ LABIXTEN

1cp/j le soir

LOT : 14523014
PER : 03/2028
PPV : 99,70 DH

370,40

RDV=10/01/2024

PHARMACIE CHARAB CASA

مجمع الفردوس، شارع مولاي يوسف، العمارة 20، الطابق 1 ، خريبكة - (فوق مقهى قرطبة، قرب صيدلية مولاي يوسف)

Complexe AL firdaous, Bd Moulay Youssef, Imm 20, Etg 1, Khouribga (Au-dessus de Café Cordoba, Près de la Pharmacie Moulay Youssef)

06 52 65 26 48 elboutaybifz@gmail.com

150,00

⑥ CONFOSKIN ——— 50L

2 fois/j sur le visage

⑦ DEXYANE Gel palpébral ——— 50L

2 fois/j sur les paupières

Dr EL BOUTAYBI Fatima-zahra
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Complexe Al Firdaous, Bd Moulay Youssef
N°20, Etage 1 Khouribga
Tél : 06.52.65.26.48

مختبر خريبكة للتحليلات الطبية و البيولوجية
Centre de Biologie KHOURIBGA Analyses
Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Virologie
Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Spermiologie - Biologie moléculaire

C B K A

Dr. Laila RHANDOURI
Médecin Biologiste
Diplomée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Ancienne Responsable au laboratoire du CHU - IBN ROCHD - Casablanca
Ancienne attachée à l'Hopital Militaire Mohammed V - Rabat

FACTURE N° : 000087747

KHOURIBGA le 13-12-2023

067163808

Mr MERZOUKI-IDRISSI Abdelmoghit

Récapitulatif des analyses

CN	*Analyse*	*Val*	*Clefs*
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B
	25 OH-Vitamine D total (D2+D3)	B450	B

Total des B : 950

TOTAL DOSSIER : 1270.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante-dix dirhams .

Dr. Laila RHANDOURI
Médecin Biologiste
Centre de Biologie Khouribga Analyses
21 Bd Eddakhla - Khouribga
Tél : 0523566501 / Fax : 0523566501