

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° W21-603734

66467

QA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12808 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHABOURK TAREK

Date de naissance : 21-04-84

Adresse :

Tél. : 06 61 23 84 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chabourk Tarek Age :

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

Nature de la maladie : suspicion d'absence

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 : 27/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-603734

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09/03/02	1 y		3000	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE BIOLOGIE ET DE RADIOLOGIE Bd. MH 24 RDC Lot. Saad El Khzami Hay Hassani, Casablanca 05 22 90 05 04 04 06 - Fax 05 22 90 12 22	2013/12		110,00

[illegible]

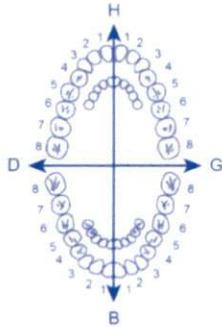
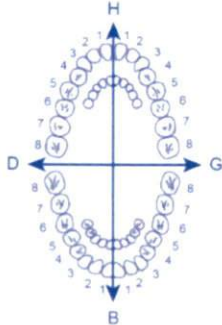
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEN ITTO Afaf

Pédiatrie générale
Epilepsie, Vidéo EEG
Maladies métaboliques et génétiques
Maladies neuromusculaires
Troubles des apprentissages scolaires
Retard Mental
Autisme et Hyperactivité



د. عفاف بن يـطـو

طب الأطفال
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ
أمراض الاستقلاب الوراثية
أمراض الجهاز العصبي والعصبي
مشاكل التعلم الدراسي
التأخر الذهني
التوحد - فرط النشاط الحركي

09/03/2021

CHBOURK MEHDI

- ASAT /ALAT



[Handwritten signature and stamp]



LABORATOIRE BIOLOG

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email : lab.biolog@gmail.com
CNSS-8871479 IF-40497439 PATENTE-37989126
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier - France

Code INPE: 097163182



Organisme : AZZA

Casablanca, le : 17/03/2021

FACTURE N° : 210003105

Nom et Prénom : Enf Mehdi CHBOURK

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Frais Prélèvement	B17	B
	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B
	ASAT (transaminase GOT)	B50	B

Total des B : 117

Montant total de la facture : 150.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams s.

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)





Laboratoire

BIOLOG SAAD EL KHAIR

d'Analyses Médicales et Biologie de la reproduction

مختبر بيولوج سعد الخير للتحاليل الطبية

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie
Auto-immunité

Hormonologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Biologie de la reproduction
Biologie moléculaire

CODE INPE:



Date du prélèvement : 17/03/2021 à 19:09

Code patient : 201113-0171

Né(e) le : 20/09/2011 (9 ans)



Enf Mehdi CHBOURK

Dossier N° : 210317-0308

Prescripteur : Dr Afaf BENITTO

BIOCHIMIE SANGUINE

Transaminases GPT (ALAT)*

(Dosage enzymatique – Beckman Coulter AU480)

13 UI/L

(<55)

Transaminases GOT (ASAT)*

(Dosage enzymatique – Beckman Coulter AU480)

28 UI/L

(<40)

Validé par : **Dr Youssef ZIANE**

Dr. ZIANE Youssef
Directeur Biologiste