

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 046105

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAKI Abdelaziz.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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 :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-046105

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 :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

u que le règlement 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|------------------------------|----------------|--|-------------------------|
| | | | Coefficient des travaux |
| | | | Montants des soins |
| | | | Début d'exécution |
| | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

The diagram illustrates the 16S rRNA secondary structure, which is organized into three main domains: the D (Dihydrouridine) domain at the top, the G (Guanosine) domain on the right, and the B (Benzylidene) domain at the bottom. The structure consists of various RNA segments labeled with numbers 1 through 8 and letters A, C, G, and T, representing different nucleotides. The D domain is positioned above the G domain, and the B domain is below the G domain.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|--|---|---|-------------|--------------------------------|
| DROITE HAUT BAS | | | | Montant des soins |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Début d'exécution |
| DROITE HAUT BAS | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | | Coefficient des travaux |
| (Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession | | | | Montant des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Fin de ... |

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

W16-091375

DATE DE DEPOT
22.07.2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 1191 | |
|--|-------------------------------------|---|----|
| Nom & Prénom : RAKI Abdellaziz | | | |
| Fonction : | Retraite | Phones : 0524317886 | |
| Mail : | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient : RAKI Abdellaziz | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | |
| Age : | Date 18.10.1209 | | |
| Nature de la maladie : Herne Inflamatoire droite | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | |
| A | | Imm. "Abdelmoula BENHOUUD" TETOUAN APPEL 0524317886 12 Mersteine 35235 Marrakech : 0561340255 | |
| PHARMACIE | | Date : 11/7/19 | |
| Montant de la facture : 200,00 22 | | | |
| PHARMACIE MANISS Dr. BOUGHABA Habib N° 12 Mersteine 3 Amerchich Tél : 0524301327 | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 15.06.19 | | | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| Echo Abdellah | 300 DH | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date : | | | |
| Nombre | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |

Dr. BOUGHABA Habib N° 12 Mersteine 3 Amerchich Tél : 0524301327

PHARMACIE MANISS Dr. BOUGHABA Habib N° 12 Mersteine 3 Amerchich Tél : 0524301327

Imm. "Abdelmoula BENHOUUD" TETOUAN APPEL 0524317886 12 Mersteine 35235 Marrakech : 0561340255

RAKI Abdellaziz

Herne Inflammatoire droite

300 DH

15.06.19

11/7/19

200,00 22

Docteur Abdelmajid BENIHOUD

Chirurgien

Diplômé de la faculté de Médecine de Lille

الدكتور عبد المجيد بنحوود

طبيب جراح

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

- Ancien chirurgien des hôpitaux de France et du Maroc
- Chirurgie digestive, pariétale, vasculaire et thyroïdienne (goitre)
- Proctologie (Hémorroïdes, Abcès, Fissures, Fistules...)
- Coeliochirurgie
- Circoncision

- طبيب جراح سابق بمستشفيات فرنسا والمغرب
- جراحة الجهاز الهضمي - القتف - الشريان والغدة الدرقية
- أمراض وجراحة المخرج (ال بواسير،...)
- الجراحة بالمنظار
- الختان

Marrakech, le 01/07/19

Mr RAKI Abdelmajid

PPV: 126-50 DH
LOT: 585795
PER: 06/20

- elektroplast 100u
126,-



PHARMACIE MANISS
Dr. BOUJEDDABA HABIB
N° 12 Merzouga 3
Marrakech
24 30 19 27

PPV: 140DH00
PER: 01/22
LOT: 1060

- Tegaderm 100



14,00
1 fel x 35
- Dolipect 1g
14,00



إقامة المسجد - رقم 9 زنقة العبد المكحلة رقم 13 - الطاليف الثاني - (قرب مسجد توكا) جلز -مراكش - الهاتف والفاكس: 05 24 43 52 35 - المستعجلات: 06 61 34 92 59

Résidence Al Masjid, 9 rue Imam Malek Appt. 13 - 2ème Etage (à côté de la Mosquée de Guéliz) - Guéliz-Marrakech - Tél/Fax : 05 24 43 52 35 - Urgence : 06 61 34 92 59

E-mail : benihoudabdelmajid@yahoo.fr - ICE : 001640496000009



- Scanner multi-barrette 3D • Dentáscan • Mammographie numérisée
- Echographie et doppler • Radiologie numérisée • Radiologie interventionnelle

FACTURE

19/06/2019

FACTURE N° :19061910211

• NOM DU PATIENT : RAKI ABDELAZIZ

• EXAMEN(S) REALISE(S) :

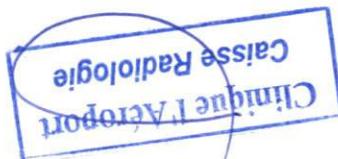
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

300 DH

300 DH

• MONTANT TOTAL :300 DH

TROIS CENTS DIRHAMS



SARL AU, Capital de 50 000 000 dhs

394, Avenue Gmassa (route de l'aéroport) • Marrakech - Tél : 0529 803 803 / 800 900 / 05 24 37 33 01 / 02 / 03 / 04 / 05
Fax : 05 29 80 08 89 / 05 24 37 33 06 - E-mail : contact@cliniqueaeroprt.com - Site : www.cliniqueaeroprt.com
TP.64623148 • IF.15199804 • CNSS 4150158• RC : 70477• ICE : 001648916000037



REÇU⁽¹⁾

03230

M / M^{me}

La somme de

Raki

Abdela Ziz

a payé

+ 200,-

deux cent reuks

en règlement des frais de son hospitalisation

du

26/06/2019

Signature et cachet

(1) Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.