

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



MUPRAS

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

N° W19-449462

ND: 33416

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9405 BENZANAD	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZANAD OTHMANE			
Date de naissance : 22-01-1971			
Adresse : OULFA - CASA			
Tél. : 0661236383		Total des frais engagés : 260,00 DH	

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 déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-449462

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

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
<i>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</i> <i>Dr. ABOUZAID Younes</i> <i>Pharmacien Biologiste</i> <i>Tel: 05 28 84 25 26 / Fax: 05 28 82 01 78</i>	03/05/2020	R	26000

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'OC

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Abdelghani IDELCADI

CHIRURGIE PEDIATRIQUE



الدكتور عبد الغني إد القاضي

جراحة الأطفال و الرضيع

Ancien Chirurgien à l'hôpital d'enfant Ibn Rochd (CHU Averaes)

Chirurgie Osseuse, Digestive, Urologique, Plastique

Thoracique, Circoncisions

جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال

جراحة العظام و المفاصل. البطن. المسالك البولية

الصدر. التجميل. الختان

07/03/2020

أكادير، في 07/03/2020

Nom & prénom : benzad ziad

- T.P

- T.C.K

- N.F.S

Dr. Abdelghani IDELCADI
Bd. Hassan II - Imm. ASSOULIL
AGADIR
Tél : 05.28.82.83.28

شارع الحسن الثاني عمارة أسوليل الطابق الأول - الهاتف: 05.28.82.83.28 - أكادير
Bd Hassan II - Imm ASSOULIL 1er Etage - Tél.: 05.28.82.83.28 - AGADIR

Dossier créé le : 07/03/20
Edité le : 07/03/20
Prélèvement effectué à 11:09

Bébé. BENZNAD ZYAD
Dossier N° : 20C1C6
Docteur ABDELGHANI IDELCADI

Page : 2/2

Compte rendu d'analyses

GROUPE

Groupe ----- : **O**
Rhésus ----- : **Positif.**

HEMOSTASE

Normales

Temps de Quick (TQ)

Témoin -----	13,0	sec	
Patient -----	13,0	sec	
Taux de prothrombine (TP) -----	100,0	%	70 - 100
I.N.R. (International Normalized Ratio) -----	1,00		

Normales

Temps de céphaline kaolin (TCK)

Témoin -----	30	sec	
Patient -----	32	sec	30 - 40

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. ABOUZAIID Youssef
Pharmacien Biologiste
Tél : 05 28 64 25 00 / Fax : 05 28 82 01 20

LABORATOIRE DOCTEUR ABOUZAIID D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Youssef ABOUZAIID
PHARMACIEN BIOLOGISTE

Avenue Hassan II - Immeuble IFRANE 2
AGADIR - Tél: 05 28 84 25 26 - Fax.:05 28 82 01 20

ICE : 001595981000084

CNSS : 8322258

Identifiant fiscal : 40144105

INPE : 043060656

Patente : 48125701

AGADIR le 7 mars 2020

Bébé. BENZNAD ZYAD

FACTURE N°	146746
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Groupe sanguin -----	B	60	
Taux de Prothrombine (TP + INR) -----	B	40	
Temps de céphaline kaolin -----	B	40	Total : B 220

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

260,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE DR. ABOUZAIID
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. ABOUZAIID Youssef
Pharmacien Biologiste
Tél : 05 28 84 25 26 Fax : 05 28 82 01 20