

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-556779

39894

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6617 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENOSHAW F ABDESSAMIR K

Date de naissance :

Adresse : 6 Rue Ibn Hajar ALAAGDAL

Tél. : 0661481248 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-556779

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes lobeaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2483 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 864730

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Bend Smone AZZE Dine
Matricule : 6617 Fonction : Représentant Poste : Les Palmes
Adresse : 61 Rue IBN HAJAR APT 11 AGDAL / RABAT
Tél. : 06 61 49 18 49 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Hadoua Sraja Age : 14 04 67
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 11/08/08
Nature de la maladie : Maladie de Bouveret
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : Non
A Rabat, le 11/08/08
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin : [Signature]
Professeur de Médecine en Chef
à la Faculté de Médecine
Rue du 20 Août, N°3, Agdal-Rabat
Tél : 05 22 91 26 46 / 05 22 91 26 52

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 864730

Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé : _____
Nombre de pièces jointes : _____



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11 AOUT 2020	CPA	—	300,00	Dr. ALAOUI-RACHIDI
			300,00	Dr. ALAOUI-RACHIDI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KANTAR RIAD Secteur 13 May Blad Rabat Tel. 037 56 36 38	11/08/20	20,20

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE LE CLARIDGE Dr. BENARFA Hussein Rue Ahmed Rifat, Souissi - Rabat Tél.: 05 37 75 77 39 - 05 37 65 40 00 Fax: 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66 INP: 103002598	19/08/20	B: 4100	561,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412		21433552	D 00000000		00000000 G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																					
	25533412		21433552																			
	D 00000000		00000000 G																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B																					
				MONTANT DES SOINS																		
	(Création, 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

Docteur F. ALAOUI-RACHIDI

Professeur de Médecine en O R L

Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris

Adulte - Enfants

- Maladies et Chirurgie des Oreilles; Nez

Sinus - Gorge - Larynx

- Chirurgie de la Face et du Cou

- Chirurgie de la Thyroïde

- Traitement de L Allergie et du Ronflement

الدكتورة العلوي الراشدي فاطمة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق

- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية

- علاج الحساسية

11 AOUT 2020

Am Haddou Saïyeg

20120

stripa

006

light 37h

صيدلية كوثر الرياص
PHARMACIE KAWTAR RIAD
Secteur 13 H3 Hay Riad
Rabat - Tél. 037 56 36 38

Pr. ALAOUI-RACHIDI FATIMA
Professeur de Médecine en O R L à La Faculté de Rabat
Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris
Angle Avenue Michlifen Jabal Bouiblaine N°32 Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 57 27 02 - Gsm: 06 65 100 812

Lot. 3500
Per.: 11 2022
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحليلات الطبية كلاريدج

Dr. Benarfa Hussein

Biologiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Dossier ouvert le : 20/08/20
Prélèvement effectué à 10:53
Edition du : 20/08/20

Madame HADDOU SORAYA

Réf. : 20H1239
sorayahaddou230@gmail.com

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HORMONOLOGIE

PARATHORMONE 1-84 (PTH 1-84)

MINI VIDAS/BIOMERIEUX (TECHNIQUE ELFA: Enzyme Linked Fluorescent Assay)

RESULTAT : 23,0 pg/ml

Normales

Antériorités

19/08/2020

9,2 - 44,6

28,4

NB: -Attention changement de technique: utilisation de la PTH1-84
-Pour les dialysés les valeurs de référence varient de 89,2 à 401,4 pg/ml

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA HUSSEIN
Rue Ahmed Rifai, Souissi - RABAT
Tél: 0537 75 77 39 - 0537 65 40 03
Fax: 0537 65 40 03 - 0537 65 40 03



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحليلات الطبية كلاريدج

Dr. Benarfa Hussein

Biologiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Rabat le 19 août 2020

Madame HADDOU SORAYA

FACTURE N°	30930
------------	-------

Analyses :

Parathormone (PTH) -----	B	400	Total : B 400
--------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER

561,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Soixante et Un Dirhams

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 65 77 39 - 05 37 65 40 08
Fax: 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66
INP : 103002598
IF : 3334508960

Docteur F. ALAOUI-RACHIDI

Professeur de Médecine en O.R.L

Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris

Adulte - Enfants

Maladies et Chirurgie des Oreilles; Nez

Sinus - Gorge - Larynx

Chirurgie de la Face et du Cou

Chirurgie de la Thyroïde

Traitement de L'Allergie et du Ronflement

الدكتورة العلوي الراشدي فاطمة

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحلق

- جراحة العنق والوجه والغدة الدرقية

- علاج الحساسية

19 AOÛT 2020

Am Hadoua Souley

PTA

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Riffai Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 38 - 06 37 65 40 08
Fax 05 37 65 39 97 - 06 37 65 87 66
INP : 103002598
IF : 103002598

Pr. ALAOUI-RACHIDI FATIMA
Ex-Professeur de Médecine en O.R.L. à la Faculté de Rabat
Diplômée des Facultés de Rabat et de Paris
Angle Avenue Michlifen Jabal Bouiblane, N° 32, Agdal, Rabat
Tél.: 05 37 67 22 02 - GSM : 06 65 100 817