

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585677

ND 53374

10 DEC. 2020
MUPRAS
ACU

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bengrine Hamam Benyaya

Date de naissance :

30/11/70 Oujda

Adresse :

65 Rue Bouma lot Benmoum Stesibiyah

Tél. : 0666193353

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. MAZZAR . Z
SPECIALITE MEDECINE INTERNE
38 IBRAHIM ROUDANI APP8
AV MED Y FES
TEL : 0535654880

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09 NOV. 2020 Bengayada Fathia

Age :

20/11/33

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Bengayada Fathia

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trouble Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

09 NOV. 2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-585677

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).

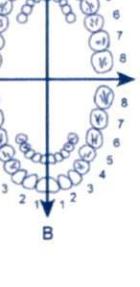
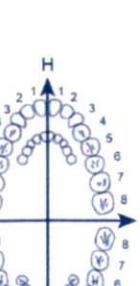
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/11/2020	CS	1	250,00	DR. H. AYME MEDICO-DENTAL ZZAR 05/03/2020

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
	09/11/2020	5210.	2100.-

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording type of treatment)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																	
				ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552														
					D	00000000	00000000														
					B	35533411	11433553														
					G																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Dr. MAZZAR Zhor

(ép- Alami)

Spécialiste en Médecine Interne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Médecin Interniste à Hôpital El Ghassani

Ex. Médecin chef du service de Médecine

Interne à l'Hôpital Ibn Baytare à Fès

Diplômée en Echographie clinique

الدكتورة زهور مزار

(حزم علمي) (حزم علمي)



اختصاصية في الطب الباطني

خريجية كلية الطب بالرباط

طبيبة الطب الباطني بمستشفى الغساني سابقا

رئيسة قسم الطب الباطني سابقا

بمستشفى بن بيطار بفاس

حاصلة على دبلوم الفحص بالإلكتروغرافيا

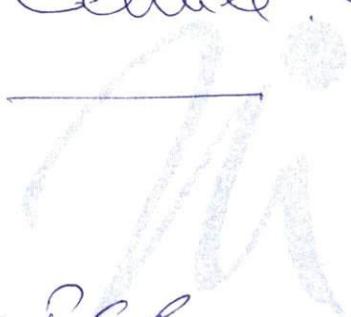
Fès, le: فاس، في:

09 NOV. 2020

Benayenda - Fes

Service . Cellule . covid .

ferie sur P



Test . PCR .

log = - endomie

- Agencie .

- Etat physique .

DR. MAZZAR .
SPECIALITE MEDECINE INTERNE
38 IBRAHIM ROUDANI AV.
TEL: 0535 654880
APPT N°8, Rue Ibrahim Roudani Av. Med V - FES

الهاتف: 05.35 65 48 80
38، الشقة 8، زنقة إبراهيم الروداني، شارع محمد الخامس - فاس
38, Appt N°8, Rue Ibrahim Roudani Av. Med V - FES

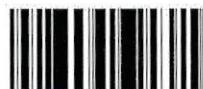
Hofjahr. Ein Kuhjahr

Conis ϕ



FACTURE N° : 201100047

Demande N°
2011090024



Fès le 09-11-2020

143062313

Médecin : Dr MAZZAR Zhor

Nom et Prénom du Patient : Mlle Fatine BENAYADA

Examens : Protéine C-réactive (CRP), Vitesse de sédimentation (VS), Numération Formule Sanguine (NFS)

Cotation : B 210

Montant : 210.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent dix dirhams



Dr. MAZZAR Zhor
(ép-Alami)

Spécialiste en Médecine Interne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Echographie clinique de
la Faculté de Médecine de Rabat
Expert Assermentée près des tribunaux de Fès

ni

الدكتورة زهور مزار
(حزم علىشي)

اختصاصية في الطب الباطني

خريجة كلية الطب بباربادوس

حاصلة على دبلوم الإيكوغرافية

خبرة محلية لدى المحاكم بفاس

Fès, le: فاس، في:

2020. NOV 8

Benayadou.

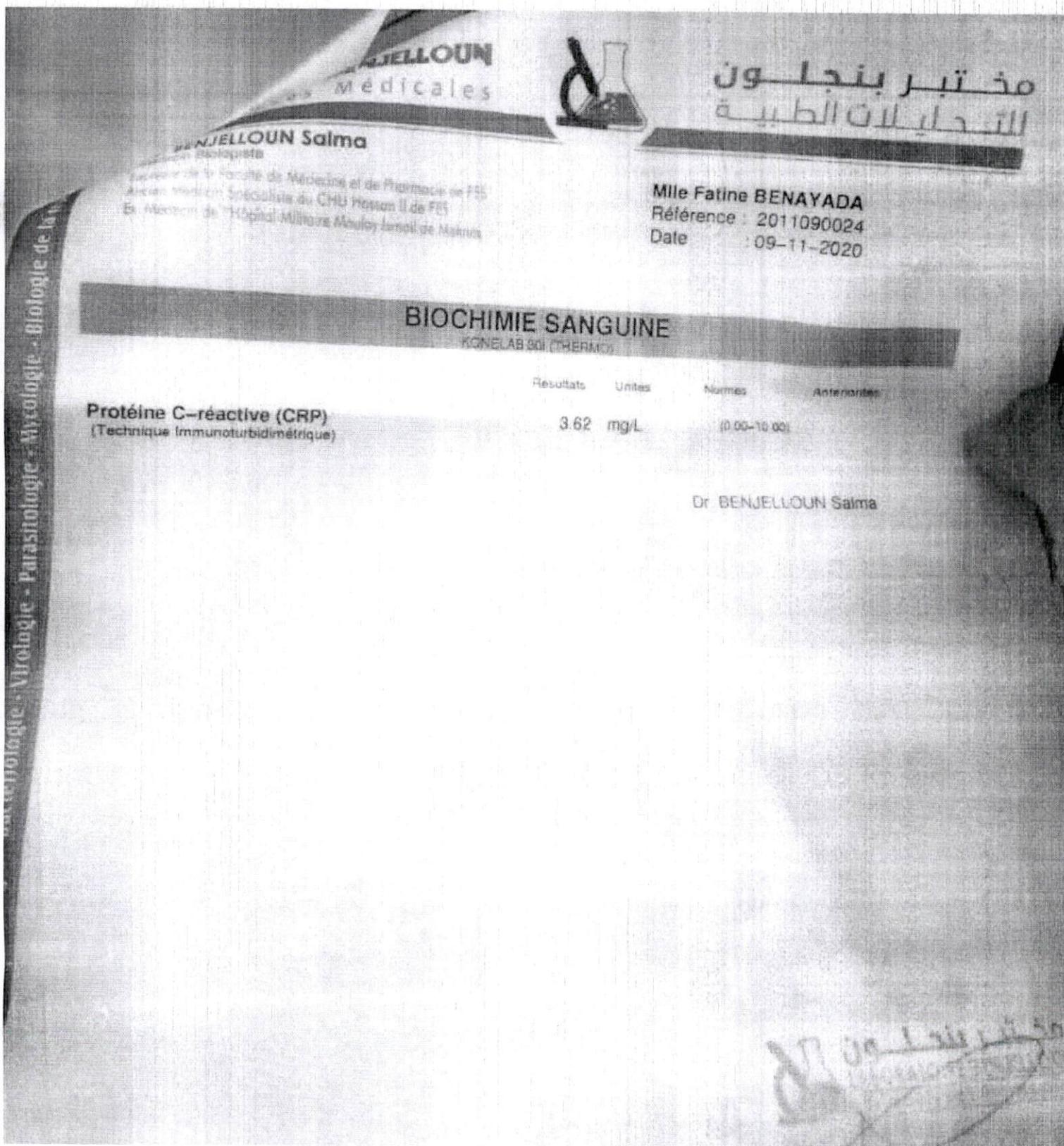
Fst. مهند

c RRP



DR. MAZZAR
SPECIALITE MEDECINE INTERNE
38 IBRAHIM ROUDANI
AV. MED V - FES
TEL: 0535 65480

العنوان: 38، الشارع 8، زهور مزار، إبراهيم الروداني، شارع محمد الخامس - فاس
38, Appt N°8, Rue Ibrahim Roudani Av. Med V - FES



Dr. MAZZAR Zhor

(ép- Alami)

Spécialiste en Médecine Interne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Médecin Interniste à Hôpital El Ghassani

Ex. Médecin chef du service de Médecine

Interne à l'Hôpital Ibn Baytare à Fès

Diplômée en Echographie clinique

الدكتورة زهور مزمار

(حروم علمي) (حروم علمي)

الختصاصية في الطب الباطني

خر荠ة كلية الطب بالرباط

طبة الطب الباطني مستشفى الفسالي سابقًا

رئيسة قسم الطب الباطني سابقًا

مستشفى بن بيطار بفاس

حاصلة على دبلوم الفحص بالإلكوغرافي

Fès, le: 11/11/20 دس. في:

Fabine - Benayada

A2 500

1 qd 1/2 le 1^{er} jour

1 (2 qd 1/2 du 2nd au 7th jour

VIC 1000

1 qd x 2 1/2

x 1 = 5

Fortie:

dep 300

1 qd 800

x 10 = 50

العنوان: 38، الشقة 8، رنقة إبراهيم الروداني، شارع محمد الخامس - فاس
Tel: 05.35 65 48 80
38. Appt N°8. Rue Ibrahim Roudani Av. Med V - FES

Dr. MAZZAR
Zhor
Z