

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **149459** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8146** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BAKID SAID**

Date de naissance : **28/01/1969**

Adresse : **RESIDENCE ALMANZAH IMM 43 N°03**

SIDI BERNOUSSI

Tél. **0673748914** Total des frais engagés : **300 + 400 + 49,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **LABSED** Age :

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

Nature de la maladie : **pfev rhumato**

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21 NOV 2022			6300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدية منزه القدس PHARMACIE MENZEH AL QODS Lot. Al Menzeh Imm 45 N°1 Al Qods Sidj Bernoussi Tél: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA Patente N° 31630955 - I.F. N° 53010629	21/12/22	49,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21 NOV 2022		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS 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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Rhumatologie

الدكتورة مخشون منى

INP : 091180489

Casablanca le 21/11/2022

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. LABSILI HANAE

ECHOGRAPHIE DU POIGNET + GENOUX

400DH

Arrêté la présente facture à la somme de

400DH

الدكتورة مخشون منى
Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue
Riad Bernoussi, Im. C Appt. N°6
2ème Etg. Sidi Bernoussi - Casa
Tél.: 0522 73 44 42

Adresse : Boulevard Imam Chafii , Lot 1 ,N°75 ,quartier alqods Sidi Bernoussi -Casablanca .Tél : 0522 73 44 42 /06 13 01 25 35

الدكتورة مخشون منى Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue



C.R.R.P

Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertebrale (Sciaticques)

Les rhumatismes

Ostéoporose et la goutte

Rhumatologie Pédiatrique

Echographie ostéo-articulaire

أمراض العظام، المفاصل و العمود الفقري (بوزلوم)

أمراض الروماتيزم

هشاشة العظام و النقرس

أمراض الروماتيزم عند الأطفال

فحص المفاصل بالصدى

ECHOGRAPHIE

Nom : LABSILE Nana

Date : 21 NOV. 2022

75. شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (إ) القدس - البرنوصي

Tél.: 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35

Echo poigt + genseu

+ transposable de l'ext ulnari
du carpe dr.

* Gona thosa bi impr himental
femor-pat et femor-tibiale
balak avec osesphyte sans
epanchement.

Unité Médicale
Dr. MAKKHACHOUNE Mounir
Rég. M. 1010105
Riad Bernoussi Im. C. 2001, N° 6
2ème Et. Sd. Bernoussi
Tél.: 0522 73 44 42

198/198

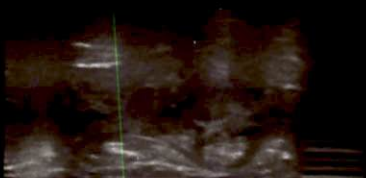


RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G MAX CFM F 6.6 MHZ G 76K
P 5 CM XV C
PRC 12-5-H PRS 6
PST 2
FP M
PRC 3-B-H PRS 4

22 11 2022 11:39:05

198/198

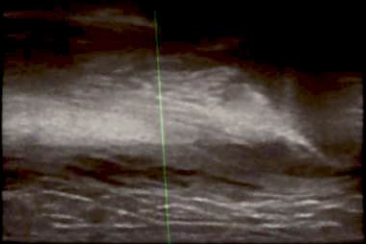


RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G MAX
P 5 CM XV C
PRC 12-5-B PRS 6
PST 2
MV 3

22 11 2022 11:39:21

198/198



RHUMA 10 LAS23

B F 12 MHZ G MAX
P 5 CM XV C
PRC 12-5-B PRS 6
PST 2
MV 3

22 11 2022 11:40:03