

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0049962

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651 Société : R.A.M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 151649
 Nom & Prénom : SAOUTI Abdelmajid
 Date de naissance : 21/06/1959
 Adresse : 1047 MANDARINA R.D N°33 AN CHOCK CASA
 Tél. 0661714290 Total des frais engagés : 299,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/02/2023
 Nom et prénom du malade : SAOUTI Abdelmajid
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Unlog
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Unlog
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Unlog

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 : CASA BLANCA Le : 22/02/2023

" "légal : Unlog

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
13/02/2013				

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

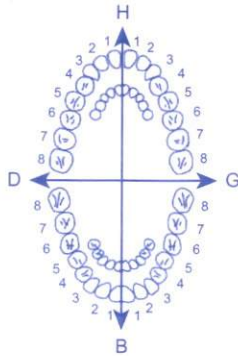
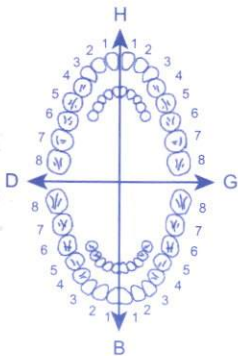
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/02/13					289,15

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

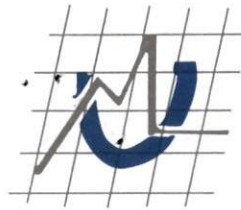
Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires
Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle
Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Chef de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية
زراعة الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 13 Fevr 2023 : الدار البيضاء في

N° STOUTI Alhachaj

Scanner TAR -

Intr T* rentale -

25/01
Mec o/s
creat 10/7

M'hamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi - Bourgogne - CASA
Tél: 05 22 27 41 17 / 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بوركون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83 - الفاكس : 05 22 20 96 63

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

LISTE DES PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATI

SAOUTI ABDELMAJID

R20230016

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
442734								
25/02/2023	OMNIPAQUE 300MG100M INJ (01)	442734	1	0	283.00	283.00	Pharmacie centrale	C
25/02/2023	SER SALE 100ML/0.9 SOLUTIO (01)	442734	1	0	9.00	9.00	Pharmacie centrale	C
25/02/2023	SERINGUE 5MLX21G (100)	442734	0	1	1.30	1.30	Pharmacie centrale	C
25/02/2023	SERINGUE A VIS 50ML (25)	442734	0	1	5.85	5.85	Pharmacie centrale	C
	S/total Produit		2	2		299.15		
Total consommation						299,15		

1162651Dossier 1122-0049962

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
أيوهكسول

1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou
intra-artérielle

يستعمل للحقن
داخل الأوعية

EXP /
تاريخ الانتهاء

Lot n° /
الرقم:

07-2025

15964350

1198594 MAR

Pour 1 mL de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : أيوهكسول 755 ملغ
ك.ك.ل. 350 ملغ يود

الركبات الأخرى : تروميتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°م، يحفظ بعيدا عن الضوء وبعيدا عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3

أشهر في مكان درجة حرارته 37°م.

لا يترك على مראى أو في متناول الأطفال.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.



7 037960 644107

AMM N° : 103/19 DMP/21/NRQ