

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-784512

16396 CO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09946	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Nom & Prénom : NEJJAR HAFNA
Date de naissance : 1970			
Adresse : 181 Rue AL BARID NAJDAZ RABAT			
Tél. : 0670276244	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI Diplômé d'Échographie Générale Médecine Générale S06 Médecin : 06 61 21 59 48 23, Angle Avenue Résistance et Rue Targa, Appt. 10, Océan - RABAT Tel. 05 27 20 30 35			
Date de consultation : 15.4.2023			
Nom et prénom du malade : Nejjar Hafna			
Age: 48			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : gastrite <input checked="" type="checkbox"/> Athénie - <input type="checkbox"/> Dentin abîmée			
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 : Casablanca

Le : 15/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : M/108

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-784512

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
1-5	C	-	300,00	INP :
11 2023	BF	-		101005437

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Mosquée Rabat N°5, Secteur 17 Allée - Hay Riyad Tél : 0524 43783</p>	15/04/13	7990

ANALYSES - RADIOGRAPHES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

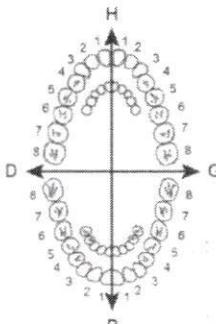
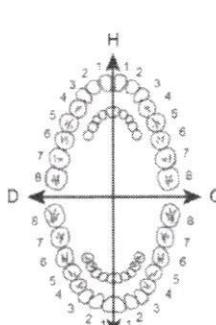
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552									
		D	00000000	00000000									
		B	35533411	11433553									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

LOT: 220627
PER: 08\2027
PPC: 79,90DH

KALMAGAS®

Tél.: Cabinet: 05 37 20 30 35
GSM: 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي مروني
الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية
خبير محلل لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا
شارع المقاومة زنقة طوغو ، عمارة 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط
الهاتف: 05 37 20 30 35

المحمول: 06 61 21 59 48

Rabat, le 15.4.2023 في الرباط

Nom: Nejma Hachmi اسم

Objet: à moi

101

2x7

14

7/5/90
- Kalmagas.

101 2x15 at 12

Pharmacie Mosquée Rabat
N°5, Secteur 17 Allée Safsaf
Sari Au
Hay Riyad - Rabat
Tél.: 05 37 71 50 85

Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Échographie Générale
Médecine Générale

SOS Médecin: 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT
Tél.: 05 37 20 30 35

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux
Membre SOS Médecins Rabat - Salé
Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10
Océan - RABAT
Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35
GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي مروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمار 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

06 61 21 59 48

المحمول : 06 61 21 59 48

15-04-2023.

Rabat, le في الرباط

COMPTE RENDU D'ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE de Mme Nejjar Halima

Observation : Le foie apparaît de taille normale, d'échostructure stéatosique.

Pas de modification des axes vasculaires et/ou biliaires.

Vésicule biliaire alithiasique à paroi fine à contenu transsonique

Reins, rate, pancréas d'aspect normal

Pas d'adénomégalias repérable.

Absence de masse ou épanchement anormal.

Aérocolie +

Conclusion : Aérocolie-stéatose hépatique

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI
Diplôme d'Echographie Générale
Médecine Générale
SOS Médecin : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT
Tél.: 05 37 20 30 35

00/00/00 BC: 10 170mm
08:31:29 DVN:S ENH:1/2 SCC:1

→ 000

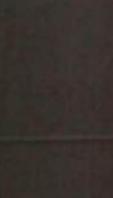


H F1
PWR:HIGH
ID:NEJJAR HALIMA ■

3.5M

00/00/00 BC: 10 170mm
08:31:47 DVN:S ENH:1/2 SCC:1

→ 000

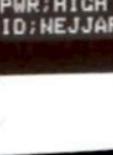


H F1
PWR:HIGH
ID:NEJJAR HALIMA ■

3.5M

00/00/00 BC: 10 170mm
08:32:10 DVN:S ENH:1/2 SCC:1

→ 000



H F1
PWR:HIGH
ID:NEJJAR HALIMA ■

3.5M