

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-006285 178017

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

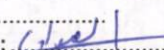
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10287 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ex-agent
 Nom & Prénom : SAADOUNI BENAHMED
 Date de naissance : 10/08/1962 Oujda
 Adresse : RE/LEFASIRI MM BANKAJ APPEN 2 Sidi
 BERNOUSI CASA BLANCA
 Tél. : 0671.60.65.38 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 16/9/2022
 Nom et prénom du malade : SAADOUNI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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
16/9/23	h		2500	Docteur Mestour Mini Houda RHUMATOLOGUE Tél.: 0522 730 068

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur "C"	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC "C" GHOFrane Rue 2111 bloc (C) QALods Sidi berroussi Casablanca	16.09.23	158,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Mestour Mini Houda RHUMATOLOGUE Tél.: 0522 730 068	16/9/23	240	4000

AUXILIAIRES MEDICAUX

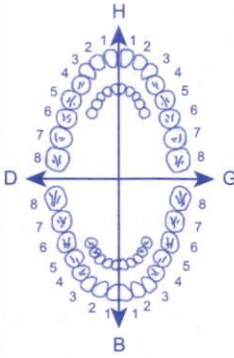
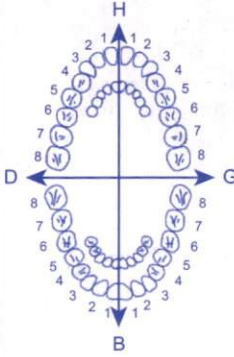
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 Houria MESTOUR-MRINI

Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Vertébrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الطبيبة حورية مستور المريني

خريجة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل
العضلات العمود الفقري وأمراض الرثية (روماتيزم)
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 16/9/23 الدار البيضاء, في

SAAOONI Sang

99,90

1 Namper rafraichir

1 ay + 2y
14,00

1 Doli 1

1 - 0 - 2y
44,20

1 Bilal 20

1 - 0 - 1/1 - 2y

SV PHARMACIE BLOC "C"
GHOFFANE (C)
Rue 2 N° 11 Sidi Bernoussi
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

T. 158,10

Docteur Mestour Mini Houria
RHUMATOLOGUE
05 22 73 00 68

شارع أبي ذر الغفاري شقوني أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 00 68

Bd.Abou Derr Al Ghafari (Choufouni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 00 68

DIFAL[®]
 Boîte de 30 comprimés
 P.V. : 44,20 DH
 6 118000 190349

New Care AG, CH-4452 Itingen
 EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 München / Germany

ISOPHARM
 NEWFLEX
 COOLING GEL
 99.90 dhs

01/26
 719
 LOT
 MFD 02/22

LOT M2098
 PER 06/26
 14DH

PHARMACIE BLOC "C"
 Rue 2 N° 1
 Ghofrane
 Casablanca
 Q Alods Sidi Gharroussi

Docteur Houria MESTOUR-MRINI

Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Vertébrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الدكتورة حورية مستور المريني

خريجة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل
العضلات العمود الفقري وأمراض الرثية (روماتيزم)
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

16/9/20

الدار البيضاء، في

Recu

M : SAADOUNI Lar

N : 4000

Docteur Mestour Mrini Houria
RHUMATOLOGUE
Tél : 0522 730 068

DR. HOURIA MESTOUR MRINI

RHUMATOLOGUE

Bd, ABOU DERR AL GHAFARI AMAL 3 RUE 3 N°20

BERNOUSSI-CASABLANCA

TEL : 05-22-73-00-68

Casablanca Le : 16/9/23

COMPTE RENDU DE LA RADIOGRAPHIE

NOM ET PRENOM :

SAADOUNI Sam

CLINIQUE :

Arthry

RX :

genou m + G fch P
hied P

* Genou m + G fch P

Normal

* hied P

Normal

Docteur Mestour Mrini Houria
RHUMATOLOGUE
Tel.: 0522 730 068