

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-578497

ND = 53049

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11463</u>	Société : <u>Royal air maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>DATHBI KAMAL</u>			
Date de naissance : <u>14/07/1975</u>			
Adresse : <u>41, rue Ibn Roumi Farah 1 Settat</u>			
Tél. : <u>0661766475</u>	Total des frais engagés : <u># 822,90 #</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<u>A. LAABOURI</u> <u>Orthopédiste</u> <u>37 Moulay Ismail - Berrechid</u> <u>IP : 091087452</u> <u>TÉT : 0661766475</u> <u>KARIM SIHAM</u> Age : <u>34</u>			
Date de consultation : <u>03-12-2020</u>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Douloureuse</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>sous chocs</u>			
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 : Nazacour Le : 03-12-2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-578497
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 : <u>11463</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>DATHBI KAMAL</u>
Total des frais engagés : <u>822,90</u>	Date de dépôt : <u>03-12-2020</u>

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
22/12/2020	6	300,00	300,00	INP : 091087A02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie ASSALAM Hay Al Houde BERRECHID Tél: 0522 258494	03/12/2020	322,90 45,20 84

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES 3638, Rue Tuck 33337008351284	8.3. DEC. 2020	29	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

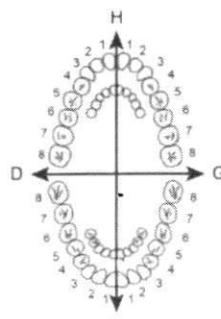
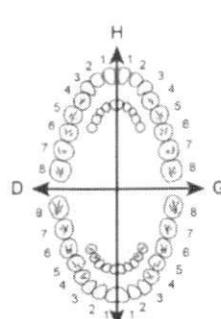
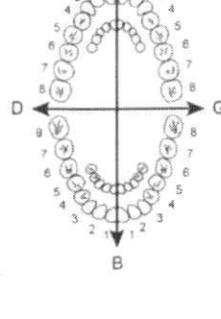
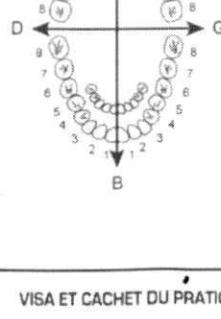
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET 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 : []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
				MONTANTS DES SOINS []	
				DEBUT D'EXECUTION []	
				FIN D'EXECUTION []	
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
				H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				[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

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecin de sport



091087452



المهندس عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة و تقويم العظام
الطب الرياضي

ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Berrechid 32 84 04
T: 05 22 32 84 04

03/12/2020

Mme Siham Karim

56,60 Diabète 1M 1 Maladie
+ Paracétamol Nivc 1x40g
49,60 D. Oxytérène 100ml
42,60 Plakka 4,5 Me soin
139,00 I Deso de 1x21
35,10 Bioclase 1x30g

ASMOUN Samir

Doctor en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID

T: 05 22 32 84 04

87 BIRTHOPÉDIQUE
TIP: 091 087 32 50 34
Tél.: 0661 32 50 34

شارع مولاي اسماعيل 87 - المحمدية . المحمدي 87

87, Avenue Moulay Ismail - Berrechid - GSM : 06 61 32 50 34

LOT: M0393
PER: 07/2022
PPV: 139,00 DH

BECIDOUZE® 20 drageas
PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

PPV: 49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023

811 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
R.P. 136 Bouskoura

PPV: 42DH60
PER: 04/23
LOT: J1179

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecin de sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة و تقويم العظام
الطب الرياضي

Berrechid, le :

03/12/2020

Sirine Karim

Doulour Dorsal.
Basi Cervical Posterior

Rachis Thorax.

Osteur

A. LAABOURRI
Orthopedic
IP : 09 06 08 32 50 34
TEL : 06 61 32 50 34
87, Avenue Moulay Ismail - Berrechid
Zied Berrechid

CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZOUI
36-38 Rue Tariq Ismaïl
Tel : 05 22 53 03 73 / 08 08 35 12 64

شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المرحوم : 87
87, Avenue Moulay Ismail - GSM : 06 61 32 50 34

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOUI

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le :



الدكتور علي عزاوي

اختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

برشيد، في :

03 DEC. 2020

Facture H037/2020

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratiqué : thorax osseux

Nom et Prénom : KARIMI SIHAM

Pour la somme : 300.00DH

Trois Cents dirhams

Signé : DR. A.AZZAOUI

Centre de Radiodiagnostic Berrechid
Dr. Ali AZZAOUI
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة ببرشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE

RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le :



08 DEC 2020

الدكتور علي عزاوي

اختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

برشيد، في :

Nom et Prénom : KARIMI SIHAM

Examen Pratiqué : Rx thorax osseux

Médecin demandeur : Dr. LAABOURRI

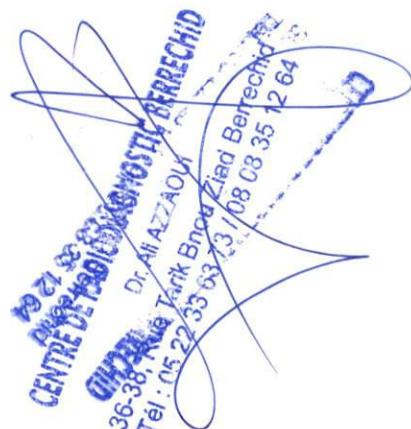
Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU:

- Pas d'image lésionnelle osseuse décelable sur ces incidences
- A signaler la présence d'une scoliose modérée (ou discrète) à double courbure:
 - à concavité droite : région lombaire
 - à concavité gauche : région dorsale

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOUI



36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 00185101500002