

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 Étage 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

N° W19-578497

ND = 53049

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHBI Kamal

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : 11, rue Ibn Nami Farah 1 Settat

Tél. : 0661766475

Total des frais engagés : # 822,80 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

LAABOURI
Orthopédiste
37, Moulay Ismail - Barrochid
IP : 091 08 452
Tél. : 066 08 34

Date de consultation :

03-12-2020

Nom et prénom du malade :

KARIMI SIHAM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Chute

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 : NAISSA

Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 : 11463

Nom de l'adhérent(e) : DAHBI Kamal

Total des frais engagés : 822,80

Date de dépôt : 17/12/2020

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

INP : 691087012

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: 05 22 33 63 75 / 05 22 33 63 76

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 691087012

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

VOLET ADHERENT

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

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecin de sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

إختصاصي في جراحة و تقويم العظام
الطب الرياضي

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 94
Berrechid le

03/12/2020

Mr Sihame Karim
56,60 Diprostene 1M 1ml
49,60 Paracétamol Visc 2x4/6
42,60 D. Cure Sante 2/3x1
139,00 Mobic 7,5 1le soir
35,10 1 Aesolo 1x2/1
Beeclauze 1x3/1
T, 322,90

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 94

ORTHOPÉDIE
87, Moulay Ismail - Berrechid
Tél: 06 61 32 50 34
06 61 32 50 34

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

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

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2023
LOT 02048 1

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

611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 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

إختصاصي في جراحة و تقويم العظام
الطب الرياضي

Berrechid, le :

03/12/2020

Si Hamu Karim

Douleur Dorsal
Basi Costal postérieur
Rachis thorax
osseux

A. LAABOURRI
Orthopédie
87, Moulay Ismail - Berrechid
IP : 091 08 74 52
Tél : 06 61 32 50 34

CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
30-38, Rue Tarkib Bnou Ziad Berrechid
Tél : 05 22 03 03 73 / 08 08 35 12 64

87. شارع مولاي اسماعيل - بوشيد - المحمول : 06 61 32 50 34
87, Avenus Moulay Ismail - Berrechid - GSM : 06 61 32 50 34

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

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

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية 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.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. Ali AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tel : 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

38 - 36، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

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

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002

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 :



DEC. 2020

الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في :

Nom et Prénom : KARIMI SIHAM

Examen Pratiq   : Rx thorax osseux

Médecin demandeur : Dr. LAABOURRI

Cher confrère

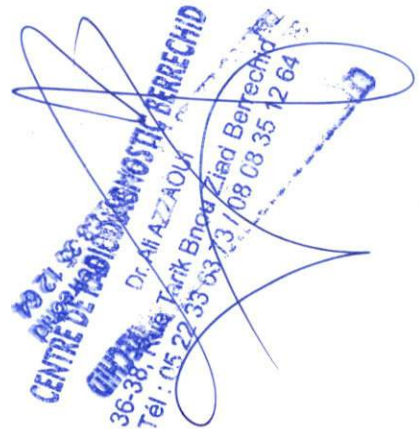
Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU:

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