

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 - Tel. : 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° W21-640629

101088

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUADI ABDELKEBIR
 Date de naissance : 17-03-1967
 Adresse : FOREST PARK VILLA 18
 VILLE VERTE
 Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/06/2021
 Nom et prénom du malade : OUADI ABDELKEBIR Age : 54
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Geste Inténu
 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 : CASA Le : 28/06/21
 Signature de l'adhérent(e) : 28/06/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-640629

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
28/06/01	C2		200 DH	
28/06/01	KE		200 DH	

[illegible][illegible]

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

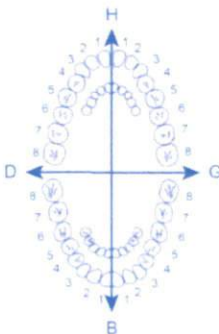
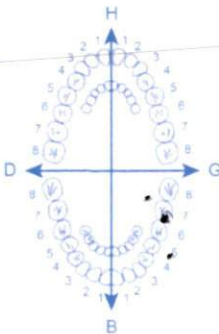
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le: الدار البيضاء في 28 Juin 2021

Mr. OUADI ABDELKEBIR

71.60

1/ NORMIX 200

1 cp x 4 / j , après les repas / 3 j

102.00

2/ AULCER 20

49.00

1 gél x 2 / j , 15 min avant les repas, 15 jours

3/ ROUGIER GAZ

45.00

2 cap , x 2 / j , pendant les repas , 6 j

4/ TRIDIGEST

11.70

1 sachet , 2 fois par jour , après repas, 5 jours

5/ VOGALENE SUPPO

1 sup x 3 / j , 15 min avant les repas, 5 jours

SYNTHEMEDIC
17 rue roches henu al aouam roches
noires casablanca
NORMIX
200 mg
Boite de 12
61/30MP/21ANP
P.P.V: 71,60 DH
6 118001 021529

MM N° : 569/17 DMP/21/NRO
LOT: 20053
PER: 01/2023
PPV: 52,80 DH

DIGEST
Aide orale effervescente en sachet
Effervescent oral powder sachet

59,00

T: 278.92

Dr. MANSOURI Mouna
Hépatologie, Gastro-entérologie, Proctologie
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

PHARMACIE OUDIA
OUADI ABDELKEBIR

LOT: 210436
PER: 03-2024
PPV: 11,30 DH

رقم 342 ، الطابق الأول ، شارع المنظر العام ، عين الشق، الدار البيضاء
N° 342, Boulevard Panouramique, Ain Chock, Casablanca
Tél.: 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمنة
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le **28 Juin 2021** : الدار البيضاء في

Mr. OUADI ABDELKEBIR

Note d'honoraire

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraire due pour :
Echographie abdominale K2 200 dh

Total 200 dh

Arreté la présente note d'honoraire à la somme de : 200 dh

Dr. MANSOURI Mouna
Hépatologie-Gastro-Entérologie Proctologie
Médecine Chirurgicale
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

Dr. Mouna Mansouri

n 342 Boulevard Panoramique Ain Chouk
Casablanca
Telephone: 0522522892
Fax:
Site internet:

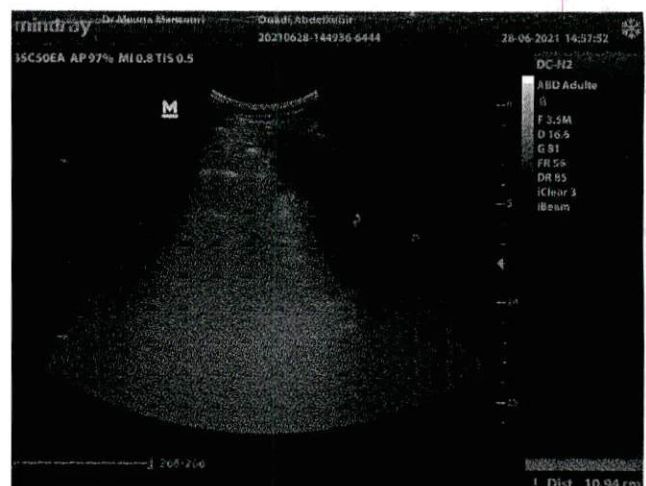
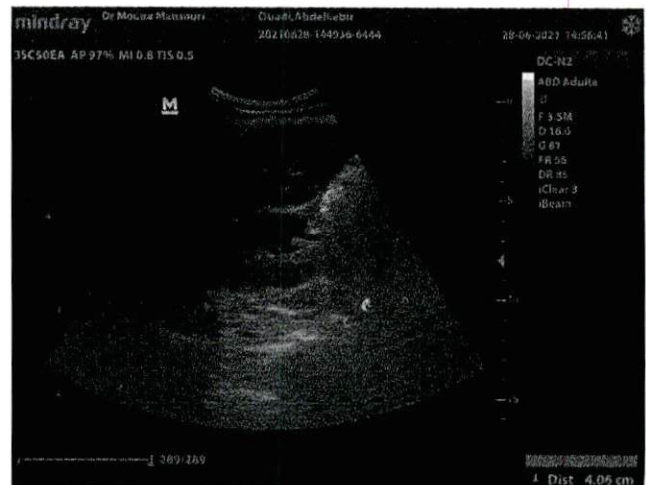


Nom: Ouadi, Abdelkebir
ID: 20210628-144936-6444
Sexe: Incon.

ABD Adulte
Date exam: 28/06/2021
Equipelement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen

Image ultrason



Commentaires:

Compte rendu

- Foie : de taille normale, de contour régulier, homogène.
- Vésicule biliaire : alithiasique, à parois fine, voies biliaires libres, TP normal.
- Pancréas, masqué par les gaz.
- Rate : de taille et d'échostructure normale.
- Rein droit et gauche : de taille normale, bonne différenciation cortico-médullaire.
- Aérocolie diffuse.

Signature:

Date signée:

DR. MANSOUR Mouna
Généraliste - Gastro-Entérologie
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92