

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-791709

155667

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12092 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YAALADUL MEHOU

Date de naissance : 19104/1978

Adresse : 2 RUE TAHAWAOUH, HAY ESSALAM, CASABLANCA

Tél : 0661491773 Total des frais engagés : 200370-670 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75 Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca Tél : 0522 27 47 27

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 MARS 2023

Nom et prénom du malade : EL Yaaladul Adam Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme du gros orteil gauche la tumeur lors d'un accident de travail

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'autorité 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 : 15/03/2023

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 contenu des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 MARS 2023 | | C1 | 300 DH | INP 091763550 Docteur JOUNDY Médecin Généraliste 25 Rue Iaha Houmane, Qt Gauthier Casablanca - Tel: 0522 22 13 27 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

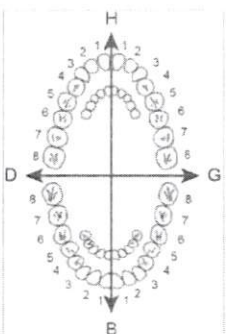
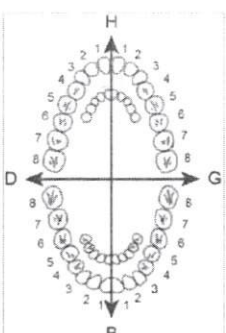
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|----------|--------------------------------|------------------------|
| | 13/03/23 | Rx panor cristal général | 350 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|---------------------------------------------------|---------------------|--|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|--|---|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|--|--|--|--|-------------------------|--|
|  | | | | | DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | | | 25533412 | | 21433552 | | 00000000 | | 00000000 | | D | | G | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | B | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 13 mars 2023 في الدار البيضاء،

Enf. ELYAALAOUI Adam

Renseignements :

Suspicion de fracture du gros orteil gauche

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

radiographie du gros orteil gauche face + profile

Dr. BENNDINA Mohamed
Angle F
et Rue
Tel. : 05 22 49 00 03

code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél. : 0522 27 43 37

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء

75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca

Tél./ Fax : 05 22 27 43 37 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 13/03/2023

MEDECIN TRAITANT : DR. JOUNDY

NOM & PRENOM : ENF. EL YAALAOUI ADAM
EXAMEN : RX DU GROS ORTEIL
GAUCHE F/P

- Absence de solution de continuité susceptible d'évoquer une fissuration ou un trait de fracture.
- Aspect normal des parties molles.

Confraternellement,

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 13/03/2023

FACTURE
N°1162/23

ENF. EL YAALAOUI ADAM

| EXAMEN | MONTANT |
|---------------------------|---------|
| RX GROS ORTEIL GAUCHE F/P | 350 DHS |

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
Angle Bd Brahim Roudani
et Rue Jean Jaures, N° 8 - Casa
Tél. : 05 22 49 00 03

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020

Site Web : www.radiologieandalouss.com - E-mail : andaloussradiologie@gmail.com