

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-833803

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **Royal Air Maroc**

Matricule : **01690** Société : **Royal Air Maroc**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MAAROUFI JAMAL EDDINE**

Date de naissance : **05.08.1944**

Adresse : **SECTEUR 8 RESIDENCE TOULOUAN JAWB**

APR 3 - AVE ALJOUR - HAY RYAD - RABAT

Tél. : **0664141444** Total des frais engagés : **114,00** Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Said BENOMAR**

Cachet du médecin : **CARDIOLOGUE**
3, Rue Sahel EL Aaj
App N°3 - Rabat
Tél: 0537 72 56 91 - Gsm : 0661 66 58 18
INPE : 101099901

Date de consultation : **23/12/2023**

Nom et prénom du malade : **MAAROUFI JAMAL EDDINE** Age : **79 Ans**

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

Nature de la maladie : **Cardiopathie**

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : **Cardiopathie**

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 : **Rabat** Le : **23/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **MAAROUFI JAMAL**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-833803

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 : **01690**

Nom de l'adhérent(e) : **MAAROUFI JAMAL**

Total des frais engagés : **114,00**

Date de dépôt : **28.12.2023**

[illegible]

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
<p>Laboratoire</p> <p>6, Rue Al Karama - Annaba</p> <p>Tél: 05 37 11 99 91</p> <p>Zitouni.j99@gmail.com</p>	26/12/23	B100	114,000

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

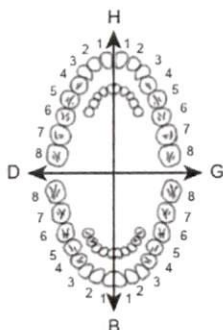
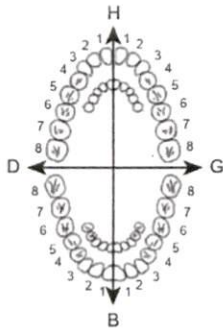
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

'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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>H <div><div>25533412 21433552</div><div>00000000 00000000</div></div><div>D ————— G</div><div><div>00000000 00000000</div><div>35533411 11433553</div></div><div>B</div></div>				
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

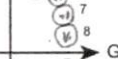
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Montant des Honoraires	
---------------------------	--



Date de l'exécution	Date du devis

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. Said BENOMAR
Cardiologue
3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3
Djbour Jamaa - Rabat.
GSM : 06 61 66 58 18
INPE : 101099901

Rabat 23/12/23
Le

M. JED
Maawufi.

M. Luit:

M. Choualbmimmi

Laboratoire ZITOUNE

6, Rue El Karmel, Rabat

Tél: 07 34 77 19 91

Zitouni.j99@gmail.com

INPE : 101099901

GSM : 06 61 66 58 18

Djbour Jamaa - Rabat

3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3

Cardiologue

Dr. Said BENOMAR

Dr. Said BENOMAR
Cardiologue
3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3
Djbour Jamaa - Rabat.
GSM : 06 61 66 58 18
INPE : 101099901

Dr. Said BENOMAR
Cardiologue
3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3
Dlour Jamaa - Rabat
GSM : 06 61 06 58 18
INPE : 101099901

INPE : 101099901
GSM : 06 61 06 58 18
Dlour Jamaa - Rabat
3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3
Dr. Said BENOMAR

J. Zitoun

INPE : 101099901
GSM : 06 61 06 58 18
Dlour Jamaa - Rabat
3, Rue Sahel El Aaj, App. N° 3
Dr. Said BENOMAR

Laboratoire d'Analyses Médicales Zitoune

Avenue Al Arz , 6 Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat - Tel/Fax :0537 71 19 91
CNSS:2664573 Pat:25561780 RC:62756 IF: 39436792 INPE:103002036 ICE:001783161000021
RIB : BP 181810 2121142804510006 64 Hay Ryad Rabat

26 déc. 23

Mr. MAAROUFI JAMALEDDINE

FACTURE N°	60510
------------	-------

Analyses :			
Microalbuminurie de 24 heures -----	B	100	Total : B 100

TOTAL DOSSIER	114,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Quatorze Dirhams

Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 71 19 91
zitouni.j99@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNE

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie
Biochimie Hormonologie
Bactériologie Mycologie
Virologie
Parasitologie
Immunologie

Mr. MAAROUFI JAMALEDDINE

Dossier ouvert le : 26.12.23

Prélèvement effectué à 12:08.

Edition du : 26.12.23.

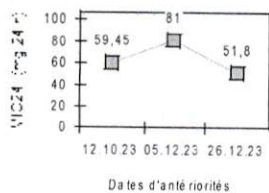
Réf. : 23L2C0

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

EXAMENS URINAIRES

			Normales	Antériorités
DIURESE de 24 h	:	1 480	ml	<u>05.12.23</u> 1350
(Sous réserve d'un bon recueil urinaire)				
* Micro-Albuminurie de 24 h	:	35,00	mg/l	60,00
(Technique Immunologique)	Soit :	51,80	mg/24 h	81,00
			< 20,0	



Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karm Hay Ryad Rabat
Tél: 05 37 71 19 91
Zitouni.j99@gmail.com