

# 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

M22- 197876 54094

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02767 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARBACI Mohamed

Date de naissance : 01-01-47

Adresse : Résidence El Fatah n° 132, Hay M. 2000, Sidi Belkacem, NR 13,

Tél. : 06 60 74 1224 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL R. M. Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 06 / 03 / 24

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 la nature des Actes
10/1/24	ku	9		

**Dr. GOURINDA MOHAMMED**  
Spécialiste Des Maladies  
de l'appareil Digestif  
N° 30 Bloc 42, Hwy 4, Willemstad  
Curaçao - Tel: 05-2275610

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AL MAWLID</b> Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghir Maarif Extension Casa - Tél 0522 23 17 06	15.1.24	2.47.20

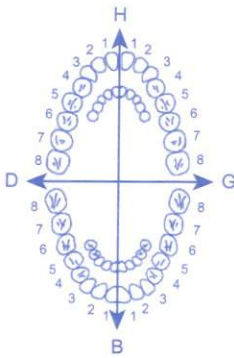
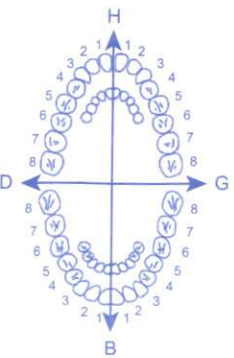
[illegible][illegible]

# 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif  
Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie  
-CHU IBN ROCHD-

(Foie, Estomac, Vésicule Billaire, Colon)  
Proctologie Médicale et chirurgicale  
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)  
Technique d'Hémorroidectomie au Ligasure  
Fibroskopie - Colonoscopie - Echographie Abdominale



## الدكتور محمد غوريندة

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي - ابن رشد  
إلتهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء، القولون  
أمراض المخرج، الشق الشرجي، إزالة الدم،  
وجراحة البواسير بالليزر  
الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة و القولون  
الفحص بالصدى

15/01/24

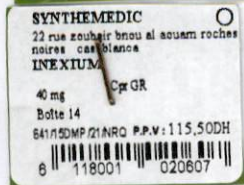
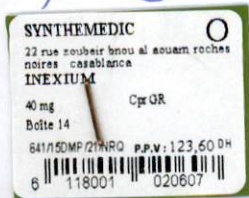
Zaira Malika

Inexium 40mg (2bottle)

12360 x 2

1 cu / 2 (قبل مغ)

x 2 jours



Pharmacie AL MAWLIE  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Sagh  
Maarif Extension Casa - Tél: 0522 23 17 0

Dr. GOURINDA MOHAMMED  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
N° 50 Bloc 42 Hwy Al Wilak Sidi Bernoussi  
Casablanca Tél: 05.22.75.60.99

247,20

Lundi - Vendredi : 9h:00 - 16h:30  
Samedi : 9h:00 - 13h:00

الإثنين - الجمعة : 9 صباحاً إلى 16:30 بعد الزوال  
السبت : 9 صباحاً إلى 13:00 زوالاً

Bloc 42 N°50 Bd. Ahmed El Abdi (près Cinéma Salam) Sidi Bernoussi - Casablanca - Fixe Cabinet : 05 22 75 60 99 - GSM : 06 72 22 64 97  
بلوك 42 رقم 50، شارع أحمد العبدى (قرب سينما السلام سابقاً) سيدي البرنوصي الدار البيضاء - هاتف العيادة : 05 22 75 60 99 - الموبايل : 06 72 22 64 97