

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 rééducation.
- 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 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 |

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

Declaration de maladie

N° W19-521538

ND: 37 538

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

4246

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ADUNI BAY NOUREDDINE

Date de naissance :

05.03.58

Adresse :

BDANES FADILA RUE 7 x 10

TANGER

Tél :

0645 753921

Total des frais engagés :

814,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youness AKHARIE
MEDECINE GENERALE
Hay Jabal Tarik Lot Essagga
Av. Forêt Diplomatique N° 2
Tanger

Date de consultation :

05/06/2020

Nom et prénom du malade :

Wajid Kabbal

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

colique néphrétique

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TANGER

Le : 05.06.2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-521538

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure

Matricule :

4246

Nom de l'adhérent(e) :

ADUNI BAY

Total des frais engagés :

814,30

[illegible]

05/06/2020 C 150 Dr. Young
INP: 161004130

MEDECINE GENERALE
Av. Foret Diplomatique N°11

[illegible]

7

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/06/20	7=32	400 00

5709

[illegible]

10/20/2017

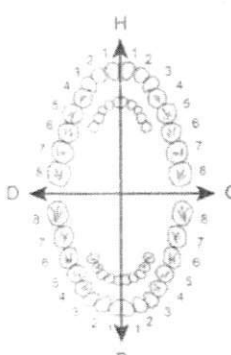
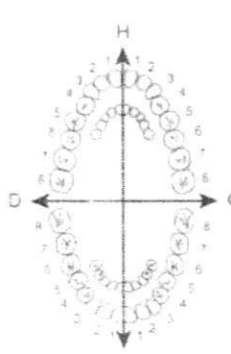
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX 								
	H G <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">21433550</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> D B				25533412	21433550	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433550										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse											
					DATE DU DEVIS 							
					DATE DE L'EXECUTION 							

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

FIN
D'EXECUTION

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram showing a V-shaped structure. The left side of the V has nodes numbered 1 through 7 from bottom to top. The right side has nodes numbered 1 through 7 from bottom to top. At the top of each side is a node labeled 'R' (left) and 'B' (right). A horizontal double-headed arrow is at the top, and a vertical double-headed arrow is at the bottom. The entire diagram is enclosed in a rectangular box.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Clinique Assalam
TANGER
Médico-CHIRURGICALE



صحة السلام
طنجة
للطب والجراحة

médecin prescripteur

Dr. Youness AKHARIF
MEDECINE GÉNÉRALE
Hay Jabal-tank Lot Essaada
Av. Forêt Diplomatique N°11 - Tanger

Tanger, le

Nom du patient :

05/06/2020
Najal
Chihou
Icchaf

13.80
Novalgin

20.50
3x1

21
Clofene 100
suppilation

34.30

NOVALGINE 500MG
CP PEL B10
P.P.V: 13DH80
LOT: 19E001
PER: 07 2022
6 118000 060543

CLOFENE 100 mg
5 suppositoires
6 118000 180166

20.50

Pharmacie DU NORD
Dr. H. EL KHATIB
Rte. de Rabat en Face Central Lubine 3
Tél.: 05 39 31 05 80
TANGER

Clinique ASSALAM
TANGER
Médico-Chirurgicale



مصلحة السلام
طنجة
للطب والجراحة

Dr. Youness AKHARIF
MEDECINE GENERALE
Hay Jabal Tarik Lot Essaada
Av. Forêt Diplomatique N°11 - Tanger

médecin prescripteur

Tanger, le 05/06/2020

Nom du patient : Majal
Labhal

F

Mod.

Dr. DIOURI Mohamed
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
Tél: 161045109

Centr.
Ohe ?

Dr. Youness AKHARIF
MEDECINE GENERALE
Hay Jabal Tarik Lot Essaada
Av. Forêt Diplomatique N°11 - Tanger

Tanger, le 05/06/2020 طنجة، في

NOTE D'HONORAIRES

Madame, Monsieur :

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires

Pour : KABBALAH BOU NOJAT

Consultation
Fis. chry
Salle d'hy
ingest

S'élevant à la somme de : 380,00

Trés. Cof. prat. V. 10/10

Dr :

Signature + Cachet

Centre de Radiologie Ibn Sina – Tanger

Docteurs

Diouri Mohamed Alami Merrouni Mohamed

Tanger le : 05/06/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom du patient : Mme KABBAL CHIBOU Najat

Nature de l'examen : ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

Honoraires : 400 Dhs

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

SIGNE :

Dr. ALAMI MERROUNI M.
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
045 709 70 99
045 709 70 99

Centre de Radiologie Ibn Sina Tanger

الدكتور Docteur
ديوري محمد Diouri Mohamed

الدكتور Docteur
علمي مروني محمد Alami M.Mohamed

Résonance magnétique 1,5T (IRM) - Scanner multibarrettes 3D
Radiologie et Mammographie numérisées - Ostéodensitométrie
Dentascan - Cone Beam - Radio Panoramique dentaire - Echographie

Nom et Prénom : KABBAL CHIBOU Najat
Médecin demandeur : DR AKHARIF Youness
Nature de l'examen : ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

05/06/2020

Compte Rendu

Cher(e) confrère, merci de la confiance que vous nous avez témoignée

- *Le foie est de taille normale et d'échostructure homogène.
- *La loge de cholécystectomie est libre.
- *Il n'y a pas de dilatation des voies biliaires.
- *Le cholédoque est de calibre normal.
- *Le tronc porte et les veines sus hépatiques sont perméables.
- *Le rein gauche est globuleux avec hypotonie des voies excrétrices et présence de fins échos lithiasiques calicielles.
- *Le rein droit, la rate et le pancréas ne présentent pas d'anomalie.
- *La vessie présente une paroi régulière.
- *La loge d'hystérectomie est libre sans formation perceptible.
- *Il n'y a pas d'épanchement liquidien intra-péritonéal.
- *Absence d'adénopathies profondes visibles.

CONCLUSION

Rein gauche finement et multilithiasique.

Dr. DIOURI Mohamed
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
INP : 161045109