

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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 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

CRRAN

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014945

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7086

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

JEMEL HASSAN

Date de naissance :

01-01-57

Adresse :

EL WAFI 17 237 DEROUA

Tél. :

0662135066

Total des frais engagés :

1022 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAABOURRI A.
Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
87, Bd. My Ismail Barrochid
GSM : 06 61 32 50 34

10 OCT. 2019

Date de consultation :

25/09/19

Nom et prénom du malade :

Fatima Lembanack

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Polyarthrite chronique inflammatoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Chute de l'échelle

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 :

DEROUA

Le : 01/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 Paiement des Actes
27/09/19		C2	3090	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/9/19	722,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	OCT. 2019	226	250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

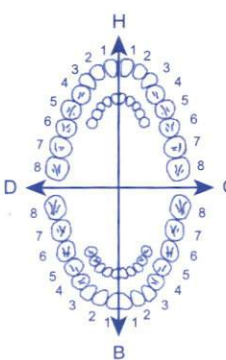
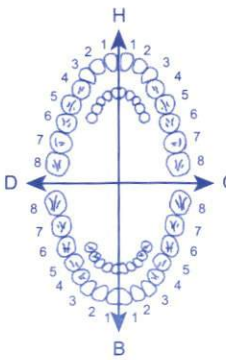
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		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



Berrechid le

25/09/19

Fatima Lembandael

82.00

Isox 200 **S.V.** 1x 2/1 mels pd 3/4
purs 1/4

37.00

Duoxol 1x 3/1

29.00

Vegehom **S.V.** Fresh. 1x 3/1

86.90

IPP SUMU **S.V.** 1x 2/1

149.00

Cumanti **S.V.** 1x 2/1

69.00

Kolmaner **S.V.** 1 au

68.00

Nepanar **S.V.** 1x 2/1

122.00

87, شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

Dr. LAABOURRI
Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
07, Bd. My Ismail Berrechid
GSM : 06 61 32 50 34

Therapie
- Dosis
glycolphosphate
1 x 8

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le :



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في :

07 OCT. 2019

Facture D036 /2019

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Radiologique : Rx genou gauche debout

Nom et Prénom : LEMBANDAD FATIMA

Pour la somme de 250,00DH

Deux cents cinquante dirhams

Signé : Dr. A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
Dr. ALI AZZAOU
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Dr A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

Berrechid, le

٢٥/٠٩/١٥

Fatima Lembandac

Rachis genou gauche
FFP en charge

Dr. LAABOURRI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Centre de Diagnostic Berrechid
87, Avenue Moulay Ismail Berrechid
GSM : 06 61 32 50 34
Dr. Ali AZZAOUI
05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le :



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في :

07 OCT. 2019

Nom et Prénom : LEMBANDAD FATIMA

Examen Pratiqué : genou gauche debout

Médecin demandeur : Dr LAABOURRI

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez.

COMPTE RENDU :

- **Pas d'image lésionnelle osseuse ou ostéo-articulaire décelable**

genou gauche debout
FTI

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOU

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64