

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-722356

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7888

Société : Ram

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHALI

BRAHIM

Date de naissance : 14 05 1966

Adresse : Apt 5 - IMM 4 - RESIDENCE AL WIAM

OULFA 20220 CASABLANCA

Tél. : 0661217567

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. BOUNOUAS
Médecin Spécialiste
en Médecine d'Urgences
NPE : 101121424

Date de consultation : 11 09 22

Nom et prénom du malade : RAHALI

BRAHIM

Age : 56 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le : 27 10 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

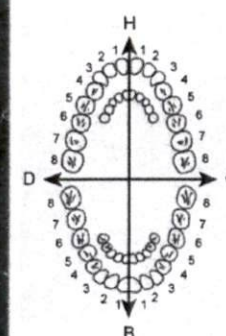
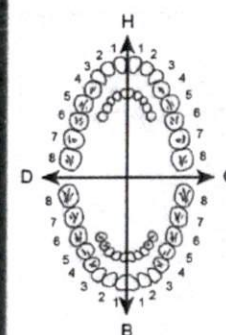
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
17/09/22	Vente facture		700,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/09/22	271,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



Casablanca, le 11/09/2022

PATIENT : RAHALI Brahim

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie Abdominale**

IPP : **H0120009659**

DATE NAISSANCE : **14/05/1966**

NUMERO DOSSIER : **2200559140**

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Distension gazeuse du cadre colique.

Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Les veines sus hépatiques sont libres.

Vésicule biliaire, à paroi fine sans lithiasse visible.

Voie biliaire principale de calibre normal et libre

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Reins, rate et pancréas sont d'aspect normal.

Absence d'adénopathies profondes.

Absence d'épanchement péritonéal.

Au Total :

Echographie abdominale sans particularité en dehors d'une distension gazeuse du cadre colique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

Dr. SARAH LAFHEL
RADIOLOGUE



F A C T U R E

Sortie 11/09/2022

<p><i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i></p> <p>SEPT CENTS DIRHAMS</p>	<p>Total</p> <p>700,00</p>

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			700,00		700,00	0,00

[Handwritten signature]

TAIRE
HEIKH KHALIFA
RECHERCHE

27,60



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :



2200559140 / H0120009659

Prénom : Brahim

Nom : RAHALI

DDN : 14/05/1966 E: 11/09/2022

Service : URGENCES (NA)

PA
Se

22,00

①

Spasfon

SV

Comp

1 comp x 3 / j

27,00

Dr. N. BOUNOUAS
Médecin Spécialiste
en Médecine d'Urgences
INPE : 101121424

PHARMACIE
Dr. Sana

N° 22, Lotiss
Hay Essalar
Tel : 0522

PHARMACIE MASJID C.T.
Aboumerou
el-Aboumerou