

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

- Reclamation : 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

N° W21-728961

Commune
144774

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Rachid BERRADA
أمراض النساء والتوليد
182، شارع محمد الخامس، حي الطهران
الرباط
06 37 75 90 90 : 10 11 80 5

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-728961

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 :

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
19/12/22	C5	C2	25,00 DH	INP :  162, شارع صان النسياء والتوليد الرباط - الهاتف : 05 37 75 90 80 INP : 101118057

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AMBASSADEUR Dr. FLEMCANI Ep. ZNIBER Mouna Km 5.3, Route des Zéars Av. Am Khakouya - Souissal - Rabat Tél. 05 37 75 15 85	19/12/22	196,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 162, شارع صان النسياء والتوليد الرباط - الهاتف : 05 37 75 90 80 INP : 101118057	19/12/22	C6, C2	400,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

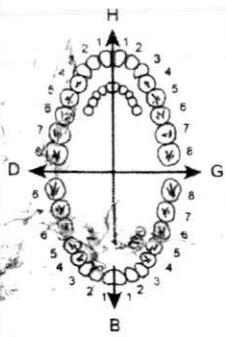
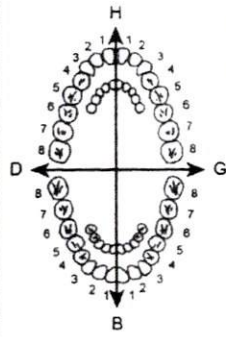
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>												
				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"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Rachid BERRADA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Echographie - Colposcopie - Hystéroscopie
Maladies du sein - Stérilité du couple
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Rabat
Ex-Chef de service des Urgences
Gynéco-Obstétricales de la Maternité
Universitaire Souissi de Rabat



الدكتور رشيد برادة

اختصاصي في أمراض النساء والولادة
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار
أمراض الثدي - عقم الزوجين
أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط
رئيس سابقا لقسم المستعجلات بمستشفى الولادة
الجامعي ابن سينا - الرباط

Rabat le: 19.12.20

Mme: Zahra F. Zahra

99,00

- Nauf 300
97,00
Kcp 1, x 1 wa;

- Atnara

Koyaz 1, x 1 wa;

196,00

PHARMACIE AMBASSADOR
Dr. TLEMCANI Ep. ZNIBER Mouna
Km 5,2, Route des Zouers
Ain Khelouya - Souissi - Rabat
Tél: 05 37 75 15 35

Professeur Rachid BERRADA
أمراض النساء والتوليد
162, شارع حسان الفطاوي، حي الطيران
الرباط - الهاتف: 06 37 75 90 60
INP: 101118057

INP: 101118057

Professeur Rachid BERRADA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Echographie - Colposcopie

Hystéroscopie

Maladies du sein - Stérilité du couple

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Ex-Chef de service des Urgences de la
Maternité Universitaire Souissi de Rabat



الدكتور رشيد بريدة

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

أمراض الثدي - عقم الزوجين

أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالرباط

رئيس سابقا لقسم المستعجلات بمستشفى الولادة

الجامعي ابن سينا - الرباط

Rabat le : 19.12.22

Mme : Lhassani F. Zahra

FACTURE

Consultation	250,00 DH
Echographie	400,00 DH
Total	650,00 DH

Six cent Cinquante dirhams

Professeur Rachid BERRADA
أمراض النساء والتوليد
162 شارع حمان الفطاويحي، الطيران
الرباط - الهاتف : 05 37 75 90 60
IMP : 101118057

INP : 101118057 ; ICE : 001613863000039 ; Patente : 25947829 ; IF : 14498811 ; CNSS : 9445356

162, Av. Hammane El Fatouaky, Aviation - Rabat

162 شارع حمان الفطاويحي الطيران الرباط

Tél.: 05 37 75 90 60 - Fax : 05 37 75 70 90 - Email : rberradarachid@gmail.com

Professeur Rachid BERRADA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Echographie - Colposcopie - Hystéroscopie
Maladies du sein - Stérilité du couple
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat
Ex-Chef de service des Urgences Gynéco-
Obstétricales à la maternité Universitaire
Souissi de Rabat



الدكتور رشيد برادة
اختصاصي في أمراض النساء والولادة
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار
امراض الثدي - عقم الزوجين
استاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
رئيس سابقا لقسم المستعجلات بمستشفى الولادة
الجامعي ابن سينا - الرباط

Rabat; le : 13/12/22

Mme : Lhassani F. Zahra

Echographie Gynécologique

Âge : 58 ans . Gestes : 2 Parité : 2 EV : 2 Avrts : 0
DDR : menop Indication : ménopauses post menop

- Sonde endovaginale : ☒ Sonde transabdominale : ☐
- Vessie : pleine : ☐ partiellement remplie : ☐ Vide : ☐
- Utérus :
 - Dimensions : 55 x 23 x mm
 - Contours : réguliers : ☒ irréguliers : ☐
 - Echostructure : homogène : ☒ hétérogène : ☐
 - Ligne cavitaire : suivie : ☒ mal suivie : ☐ épaisseur : mm
 - Commentaire : utérus d'aspect et de vol normal

• Ovaires

Ovaires droit:

- Dimensions : 23 x 19 mm
- Contours : réguliers
- Echostructure : homogène
- Commentaire : normal

Ovaires gauche:

- Dimensions : mm
- Contours : normal
- Echostructure : normal
- Commentaire : normal

- CDS Douglas : normal
- Conclusion : Echographie normal

Professeur Rachid BERRADA
أمراض النساء والولادة
162, شارع حمان الفطاوي، حي الطيران
05 37 75 90 60 - الهاتف
05 37 75 90 60 - الموبايل
05 37 75 90 60 - الفاكس
E mail : rberradarachid@gmail.com