

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° W21-718050

2/2

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1225 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HERMAS Mohamed Fadel

Date de naissance : 1-1-1957

Adresse : Rue 45 N° 43 Amicales des Fonctionnaires ASADIR

Tél : 062 18 00 10 Total des frais engagés : 4238,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 24/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-115/2019

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 Paiement des Actes
01/03/98	Hystéroscopie		\$41,000 post	INF : 0410003844 [Signature] RUE D'ALGER N° 44 BOULEVARD TILILA Rue d'Alger

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05 28 4 25 03	01/03/23	238,00

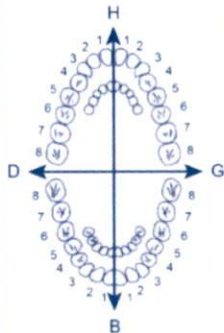
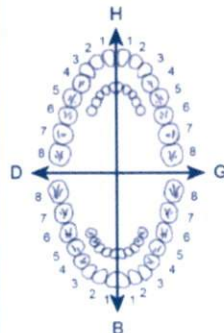
[illegible][illegible]

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 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"> <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																	
	[Création, remont, adjonction] 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



Le 01.03.2023

M^{me} Krati Naima

90,50x2

1) Ery 500



1cp matin et soir x 8 jours.

57, ad

2) Dychono 500



1cp x 1j (si saignement)



Dr Hind ZHARI
Gynécologie - Obstétrique
Imm. "Titrite" Avenue Hassan N° 44
4^{ème} Etage - AGADIR
IN.PE : 091176834 - TEL : 00176599300003

CLINIQUE TILILA PEC
PH Sidi Mohamed Rue Oujja - AGADIR
Tel: 05 28 23 02 04 / 05 28 23 02 02
Fax: 05 28 23 02 04
Email: talimtilila@gmail.com

QUARTIER SIDI MOHAMED - RUE OUJJA - AGADIR-tel : 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
FAX : 05 28 23 02 04 - E-mail : tclinique@gmail.com

URGENCES 24h/24 مستعجلات

CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015

Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR

Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

49202028

AGADIR

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **KRATI NAIMA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **ZHIRI HIND**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **01/03/2023**

Date sortie **01/03/2023**

Diagnostic : **HYSTEROSCOPIE + CBE**

Le caissier

L'infirmier

RDV

Billet de sortie établi par : **NISRINE**

01/03/2023 11:47

23030109214650-001

Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.

CLINIQUE TILILA
C.P.H. Sidi Mohammed
Tél: 05 28 23 65 30
Fax: 05 28 23 65 30
Email: tclinique@9m.ma
AGADIR

chéri
zhiri



Zineb Hermas <zinebhermas@gmail.com>

hospitalisation en Urgence // Épouse Mle 1225

message

ineb Hermas <zinebhermas@gmail.com>

3 mars 2023 à 20:1

. : mupras@royalairmaroc.com

Bonsoir

C'est Mohamed Fadel Hermas (Matricule 1225) , désolé de ne pas avoir pu vous signaler l'hospitalisation de mon épouse Mme Naima Krati en Urgence a la Clinique Tilila d'Agadir le Mercredi 01/03/23 le coût été pour le moment de 4000 dhs .
Le dossier mutuelle vous sera transmit prochainement

Merci pour votre compréhension

Crdlt

Compte Rendu Opératoire

En date du : 01-03-2023

Nom et prénom : M^{me} Krati Naïma

Né (e) le : 1956

Sexe :

Masculin ☐Féminin ☒

Médecin traitant : Dr Zhiri

Med. Anesthésiste : Dr. Anaflos

Service : Bloc opératoire Salle 4

Aide op. : Rachid

Panseur : Houda + Sajida

Inf. Anesth : FZ

Indication opératoire : Méthodologie per - utérine

Résumé clinique :

C.R.O.:

Patiente sous AG, en Décubitus Dorso, en position gynécologique.

Badigeonnage. Mise en place de Coaps, Intro. de spéculum Sains du col à la pince de Pozzi

Biopsie d'un petit polype accolé au col.

Introduction de l'hystéroscope (col dilaté).

Mise en évidence d'un mœ au niveau du fond utérin. Éperge de cette dernière.

Reintroduction de l'hystéroscope \Rightarrow PAS au niveau de l'utérus. Mœ zone. Mise en évidence

de 2 autres utérus.

Pas de saignement vaginal

Dr Hind ZHIRI
Gynécologie - Obstétrique
Imm. "Titrite" avenue Hassan II N° 44
4^{ème} étage - Agadir
INPE: 091176834 - I.C.N.: 001765993000091

CLINIQUE TILILA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 01/03/2023

Références

691 / PAYANT

Entrée / Sortie : 01/03/2023 - 01/03/2023

Le Dr. ZHIRI HIND

présente à Mme KRATI NAIMA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 800.00 Dhs MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Hind ZHIRI
Mme. "Titre" Agadir
I.C.E. 001760000001

Cachet et signature

CLINIQUE TILILA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 01/03/2023

Références

691 / PAYANT

Entrée / Sortie : 01/03/2023 - 01/03/2023

Le Dr. ANAFLOUS RAJA

présente à Mme KRATI NAIMA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400.00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

DR. RAJAE ANAFLOUS
Reanimateur Anesthésiste
CLINIQUE TILILA
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujja - Agadir
Tél : 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
Fax : 05 28 23 02 04

Cachet et signature

CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015
Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR
Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

F A C T U R E

N° : 691 / 2023 du 01/03/2023

Nom patient **KRATI NAIMA**
PAYANTS

Entrée 01/03/2023

Sortie 01/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1.00		1 800.00	1 800.00
			<i>Sous-Total</i>	1 800.00
Total Clinique				1 800.00

DR. ANAFLOUS RAJA (anesthesiste-rea)	1.00		400.00	400.00
DR. ZHIRI HIND (gynecologue-obst)	1.00		1 800.00	1 800.00
			<i>Sous-Total</i>	2 200.00
Total Autres prestations				2 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE MILLE DIRHAMS	Total 4 000.00

CLINIQUE TILILA PEC
:P.H Sidi Mohamed Rue Oujjaj - AGADIR
Tél: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
Fax: 05 28 23 02 04
E-mail: tcclinique@gmail.com