

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0014907

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1282 Société : 159272
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZARKI MUSTAPHA
Date de naissance : 1944 CASA
Adresse : HAI FATAH N° 147 ANFA
Tél. : 0611887176 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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,
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.c

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29.03.23	Echographie	4000
		INPE	
	09/10/2023		

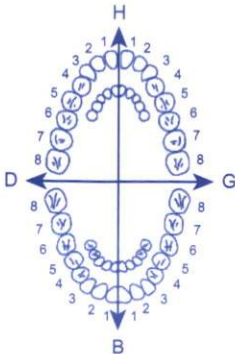
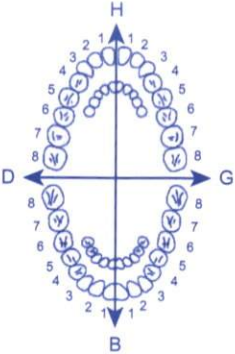
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

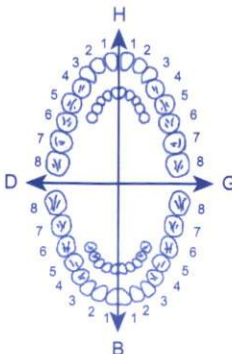
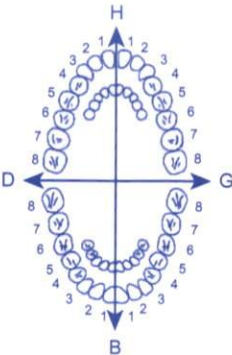
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div><div>D</div><div>G</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HACHEM REDA FATEN

■ Ex Chef de Département
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale
Clinique Cheikh Zayd - Rabat

■ Ex Chef de Service
Néphrologie-Hémodialyse
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

Casablanca, le :

BON DE RADIOLOGIE

Nom :

ZAKKI

Date :

Prénom :

Mustapha

Age/Sexe :

Dr. HIND MASSAINE
Radiologue
Ancienne Residente CHU Ibn Rochd
Bd. Oud Sebou Al Wifak 1
N°970-972 Hay Oulfa, Casa
Tél:0522 90 90 79/0522 89 25 26

Antécédents :

02/12

Renseignement Cliniques :

Examens demandés :

Echographie pelvienne.

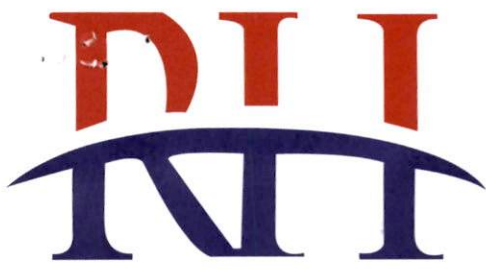
Signature :

Dr. HACHEM REDA FATEN
Médecin Spécialiste
Néphrologie - Hémodialyse

312, Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca - الدار البيضاء - الربيع، اللفة - 312

Tél : (212) 05 22 93 89 14 - 06 72 54 14 29 : الهاتف - Fax : (212) 05 22 89 00 89 : الفاكس

Email : hachem.doc@gmail.com : البريد الإلكتروني - Site web : www.centrehemodialyse.com : الموقع الإلكتروني



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE
OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO

Casablanca le 29/03/2023

PATIENT : ZARKI MUSTAPHA
MEDECIN TRAITANT : DR HACHEM REDA FATEN
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE PELVIENNE
RESULTAT :

- ✓ Les reins sont en place, de taille normale, mesurant :
 - A droite : 103 x 48 x 42 mm.
 - A gauche : 102x 54x 55 mm.
- ✓ Ils sont de contours lobulés, bien différenciés.
- ✓ Absence de dilatation des cavités excrétrices, ni d'image de calcul.
- ✓ La vessie est de bonne capacité, de paroi régulière et de contenu transsonique.
- ✓ La prostate est augmentée de taille, mesurant 50x 40x 35 mm soit un volume de 37.3 cm³.
- ✓ Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

Aspect échographique d'une Hypertrophie prostatique. À confronter au reste du bilan.

Confraternellement
Dr HASSAINE

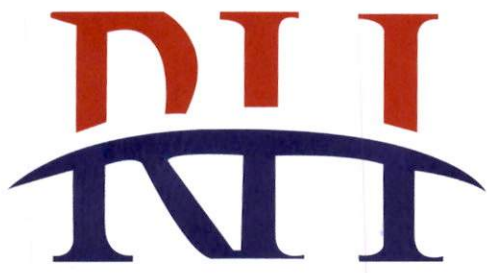
Dr. HIND HASSAINE
Radiologue
Ancienne Residente CHU Ibn Rochd
Bd. Oued Sebou Al Wifak 1
N° 970-972 Hay Oulfa - Casa
Tél: 0522 90 90 29 / 0522 89 25 26

RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26
Gsm : +212 661 97 76 09
Fax : +212 522 91 17 59
E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208
TP : 32960805 - CNSS : 1398594
ICE : 002153526000090



RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

Votre Santé ... Notre Devoir

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE
OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO

Casablanca, le 29/03/2023

FACTURE N° : 02074/2023

Nom & Prénom : ZARKI MUSTAPHA

Date d'examen : 29/03/2023

Examens	Honoraires
ECHOGRAPHIE PELVIENNE	400 DH
NET A PAYER	400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENTS DH

DR. HIND HASSAINE
Radiologue
Ancienne Residente CHU Ibn Rochd
Bd. Oued Sebou Al Wifak 1
N° 970-972 Hay El Oulfa, Casa
Tél : 90 90 29/0522 89 25 26

RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26

Gsm : +212 661 97 76 09

Fax : +212 522 91 17 59

E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208

TP : 32960805 - CNSS : 1398594

ICE : 002153526000090