

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

N° M21- 0060450

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168097
Nom & Prénom : MASROUR Abderrazak
Date de naissance : 28/11/1945
Adresse : 32, Bd Kennedy Casa
Tél : 0661290969 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : M. MEKOUAN SOAB Age :
Lien de parenté : ☐ Ormène ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

25/10/23	2018		3	Dr. Anis A. Chirine, Orthodontist, Casab Bd. 2, 105 Tel: 001779910	UNION DU BELVÉDÈRE
----------	------	--	---	--	--------------------

[illegible]

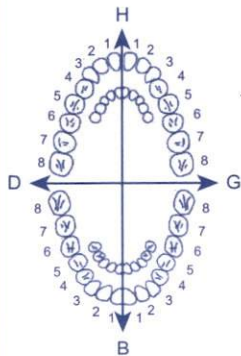
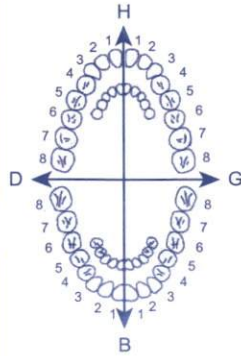
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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

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

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

				Coefficient des travaux	<input type="text"/>
				Montants des soins	<input type="text"/>
				Début d'exécution	<input type="text"/>
				Fin d'exécution	<input type="text"/>



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>The diagram shows upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards on both sides. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The lower arch is also labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The left side of the upper arch is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'. Similarly, the left side of the lower arch is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)


Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



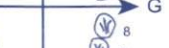
(Création, remont, adjonction)


Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION

		
	DATE DE L'EXECUTION	

[illegible]

MME MEKOUAR SOAD

Casablanca le 05/07/2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mme MEKOUAR SOAD

Date de l'intervention : 05/07/2023

Chirurgien : DR ACHARGUI

Anesthésiste : Dr

Indication : CAPSULITE RETRACTILE

Intervention : ARTHRODILATATION

Sous Sédation, malade en décubitus dorsal en position demi assise.

Repérage sous scopie de l'interligne articulaire

Infiltration en regard puis repérage de l'articulation et infiltration intra-articulaire d'un mélange de 40 cc de sérum salé + lidocaine 2% + diprostène

Pansement stérile

Dr ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Boulevard 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16/17 - E-mail: orthosport@gmail.com

CLINIQUE BELVEDERE

150,Bd BAHMAD-CASABLANCA
Tel : 0522404040 Fax: 0522404010
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com

F A C T U R E

N° : 774 / 2023 du 05/07/2023

Nom patient **MEKOUAR SOAD**
PAYANT

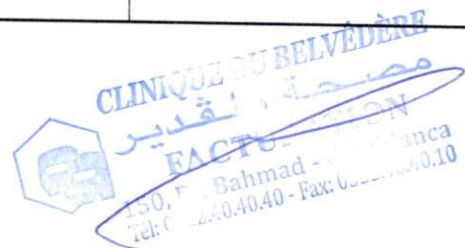
Entrée 05/07/2023

Sortie 05/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1,00		751,00	751,00
			<i>Sous-Total</i>	751,00
PHARMACIE	1,00		449,00	449,00
			<i>Sous-Total</i>	449,00
Total Clinique				1 200,00

DR. ACHARGUI ANIS (traumatologue)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR. ANESTHESISTE (anesthésiste)	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	1 800,00
Total Autres prestations				1 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS MILLE DIRHAMS	Total 3 000,00



CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD
Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 40.40.10

مصحة بلفدير

150، شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

فاكس : 40.40.10



Casablanca, le 05/02/23 19

le Docteur A. CHARGUI

prie M. NEKOUAR Soud

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

pour 1500,00 Dh

S'élevant à la somme de Dhs

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 05.22.81.81.16
INP: 091170910

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél. : 022 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 022 40.40.10

مصحة بلفير

150، شارع باحماد

الدار البيضاء

الهاتف : 022 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 022 40.40.10



Casablanca, le 05/08/2000

le Docteur MAANAOU

prie M ME KOUAR Soud

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

pour 300,00 Dhs

S'élevant à la somme de Dhs

CLINIQUE DU BELVEDERE
Anesthésie - Réanimation
Dr Youssef MAANAOU