

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.

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 - 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° W21-798427

168452

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12364

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DAMABI ARDERATHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 62 77 20 11

Total des frais engagés :

480

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAOUI Mohammed
Professeur de Chirurgie
Viscérale et Cancérologique
E-mail : hamidalaoui@yahoo.com
INP : 101 148 123 - Patente : 25772005
ICE : 001678243000019

Date de consultation :

Clinique Andal, Avenue Ibn Sina Andal-Rabat

Nom et prénom du malade :

SOUMATIHAFA

Age :

37 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Lithiase vésiculaire

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 :

27/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
22/05/23	C3	01	13000	INP : LOUI MOHAMMED Professeur de Chirurgie viscérale et Cancérologique E-mail : hamidalaoui@yahoo.com INP : 101118123 - Patente : 25772005 CE : 001678243000019

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Salwa BOUKLATA Radiologue 22 Boulevard Zine El Abidine, Rabat INPE : 1110575	23/05/23	Poumons Face	180 DH

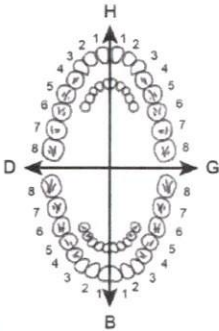
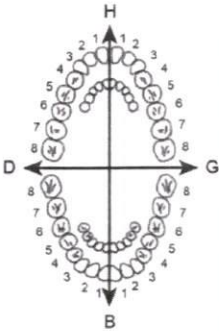
[illegible]

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمختبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le 22 05 23

Bon de Radiologie :

- NOM : Soumati
- Prénom : HAYATI
- Médecin Traitant : Chlaoui
N° dossier
Chambre N°

Examens demandés :

Rx Soumati

Dr. Salwa SOUKLATA
Radiologue
78, Rue Ould Ziane, Agdal - Rabat
INPE : 101410575

Dr. EL ALAOUI Mohammed
Professeur de Chirurgie
Viscérale et Cancérologique
E-mail : m.alaoui@yahoo.com
INP : 101 118 123 - Patente : 25772005
ICE : 001678243000019
Clinique Agdal, Avenue Ibn Sina Agdal-Rabat



Facture

NOM ET PRENOM : SOUMATI HAYAT

DATE : 23/05/23

Examens	Montant
Poumons Face .	
<u>TOTAL</u>	180 DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT QUATRE VINGT Dirhams .

Pr. S. Bouklata

Dr. Salwa Bouklata
Radiologue
78, Rue Ouled Ziane, Aviation - Rabat
INPE : 01110575

Scanner corps entier, Angioscanner, Coloscanner, Dentascanner, Echographie 3D/4D, Echodoppler, IRM, Ostéodensitométrie
Panoramique dentaire numérique, Mammographie numérisée, Rx conventionnelle numérisée, Biopsies écho et scanoguidées, Harpons

78, rue Ouled Ziane, Quartier Aviation - 10180 Rabat
INPE : 101110575 - IF : 20781243 - TP : 25900726 - ICE : 001854365000053
Tél : +212 5 37 63 65 62 GSM : +212 6 61 42 45 15 rca.radiologie@gmail.com



Rabat, le **23/05/23**

PATIENT : **SOUMATI HAYAT**
MEDECIN TRAITANT : **Pr M.EL ALAOUI**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Rx Poumons Face**

Résultat :

- Syndrome bronchique proximal bilatéral.
- Absence de lésion nodulaire ou en foyer d'allure évolutive.
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'anomalie pariétale.

Pr S.BOUKLATA

Dr. Salwa BOUKLATA

Radiologue

78, Rue Ouled Ziane, Aviation-Rabat

INPE : 101110575