

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

- 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° W21-809243

~~Annexe W21-809243~~

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05102

Société :

RAM - 170156

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL KHAZRAH BRANIM

Date de naissance :

29 Nov 6 KOTOUBA / MARRAKESH / MAROC

Adresse :

MARRAKESH

Tél. :

0661678316

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 00185249000044

Date de consultation :

7.7.23

Nom et prénom du malade :

EL KHAZRAH BRANIM

Age : 16 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Variante 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



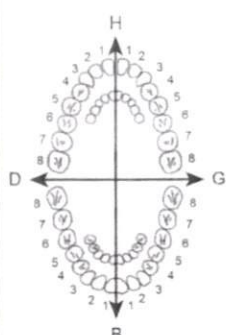
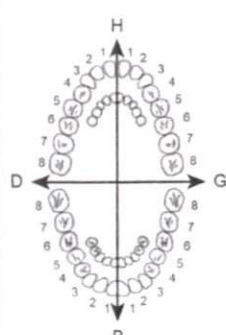
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'accomplissement des Actes
07/07/23			6000.00	
07/07/23			09	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

Dr. SAADI.M
Spécialiste

Chirurgie urologique
Andrologie , PMA

Marrakech le : 7-7-23

Compte rendu opératoire

Mr : EL KHAZRAJI Brahim
Intervention : Varicocèle gauche
Opérateur : Dr Saadi
Dr Lafrikh
Aide opératoire : Mme Karima

Sous anesthésie générale et décubitus dorsal
Incision inguinale haute gauche de type Ivanisevic
Ouverture du grand oblique
Passage transverse au ciseau de metselbaum
Abord rétropéritonéal de la veine spermatique et veines stellites reconnues par le groupement avec le canal déférent dont il seront séparées puis liées au vicryl 00 et sectionnées .
Fermeture en trois plan au même fil et surjet intradermique sur la peau

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Gueliz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 001852490100044

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° 15 452 / 2023 du 11/07/2023

Nom patient	EL KHAZRAJI BRAHIM	Entrée 07/07/2023	Sortie 07/07/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SEJOUR	1,00		500,00	500,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 598,96	1 598,96
			Sous-Total	2 098,96
PHARMACIE	1,00		501,04	501,04
			Sous-Total	501,04
Total Frais Clinique				2 600,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. SAADI EL HASSANI (urologue)	1,00		3 000,00	3 000,00
DR. OUELD BAALLAL HICHAM (reanimateur)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	3 400,00
Total prestations externes				3 400,00

	Total général	6 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	6 000,00				6 000,00	0,00



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	EL KHAZRAJI BRAHIM	N° Facture	15 452	23G070620
-------------	--------------------	------------	--------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN 20 MG INJ N.A (05)	1	10,18	10,18
BAITANET D 5L SOLUTIO (500)	10	0,33	3,30
DIPRIVAN 200 mg/20 INJ N.A (05)	1	39,08	39,08
FENTANYL 100 INJ (10)	1	3,78	3,78
HALOTANE LIQUID INJ (05)	1	55,80	55,80
PARACETAMOL 1g INJ (01)	1	16,50	16,50
SS 0.9% 500ml POCHES (01)	2	24,00	48,00
Sous-Total médicaments			176,64
COMPRESSE 05 COM (001)	5	7,00	35,00
ELECTRODES ECG ADULT (01)	3	10,00	30,00
GANT D'EXAMEN M (100)	2	1,50	3,00
GANT STERILE 7.50 (01)	1	15,00	15,00
GANT STERILE 8.00 (01)	2	12,00	24,00
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	20,00	20,00
LAME BISTOURIE N°24 (001)	1	5,00	5,00
LAME TONDEUSE CHIRURG 3M (01)	1	50,00	50,00
SERINGUE 05 CC (001)	1	10,00	10,00
SERINGUE 10 CC (01)	1	10,00	10,00
SURGICRYL 0 CT 36mm (01)	1	122,40	122,40
Sous-Total consommable médical			324,40
Total pharmacie			501,04

(*) Conditionnement hospitalier



Le : 07/07/2023

Références 15 452 / 230707100024008056
PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2023 - 07/07/2023

Le Dr. SAADI EL HASSANI

présente à . EL KHAZRAJI BRAHIM

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 000,00 Dhs (TROIS MILLE DIRHAMS)

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

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Gueliz Marrakech
Tél. : 05 27 44 89 53
ICE : 00135249000

Cachet et signature

Le : 07/07/2023

Références

15 452 / 230707100047008057

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2023 - 07/07/2023

Le Dr. OUELD BAALLAL HICHAM

présente à EL KHAZRAJI BRAHIM

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. Hicham
Anesthésiste - Réanimateur
Directeur Médical
Clinique L'Aéroport - Marrakech
INPE : 011135574

Cachet et signature