

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

M23-002330

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEKKAT Mohammed A73301
Date de naissance :
Adresse : 32, Lotissement Indibud A Diab base
Tél : 0613074647 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : SALADIN NADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs
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 : base Le 19 / 02 / 23
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 le Paiement des Actes

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
	26/08/2023	Voir facture	1500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

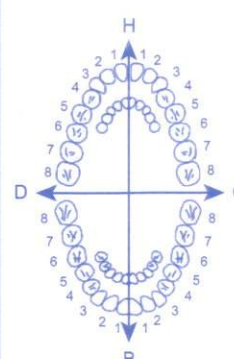
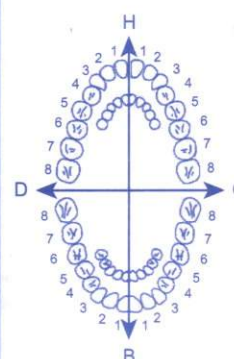
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

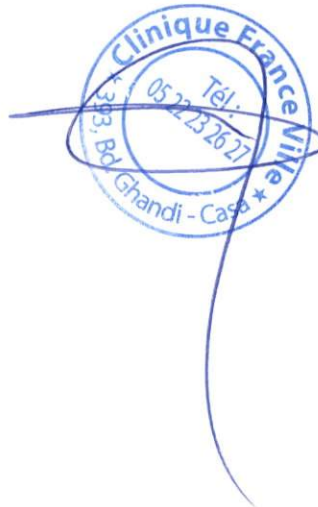
CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

PAIEMENT EFFECTUE PAR : MR SEKKAT MOHAMMED NOM DU PATIENT : Mme SALADIN NADIA DATE DE NAISSANCE : 14/01/1945		Sejour : Du 26/08/2023 au 26/08/2023
		
Reçu N°: 175594		
Palement du 29/08/2023		
Actes		
Montant	1 500,00 Dh	
Type de paiement	Chèque	
Numéro du chèque :	6521989	
Montant du chèque :	1 500,00 Dh	
Banque :	Banque Marocaine du Commerce Extérieur	

Imprimé par : ELDAHBI KHADIJA Le 29/08/2023 10h30

Recu



CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme SALADIN NADIA
Séjour : Du 26/08/2023 au 26/08/2023202301759
Du : 26/08/2023

Etablie par : E. ELOUATASSI2

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
SCANNER CEREBRAL	1	1 500,00	1 500,00
TOTAL CLINIQUE			1 500,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

	Patient
Total TTC	1 500,00

PAYE PAR CHEQUE
N°6521989 SUR B.M.C.E
DE *****

CLINIQUE FRANCE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER C2302036A

NOM DU PATIENT Mme SALADIN NADIA

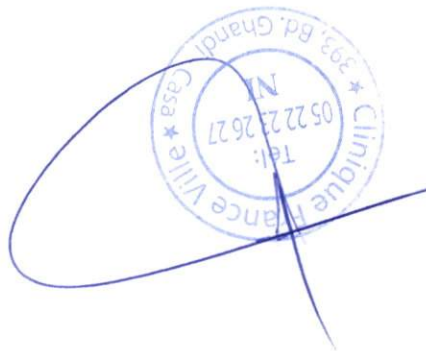
MÉDECIN TRAITANT ELMORCHID MOHAMED

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 26/08/2023

DATE DE SORTIE 26/08/2023





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرابين فرانس قفيل

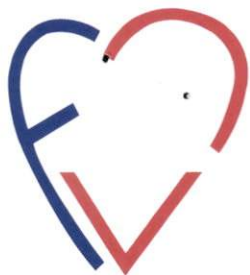
Casablanca le, 26/08/2023

SALADIN NADIA

Scanner Cerebral

Dr. SAJIDE Hass
Anesthésiologie - réan
Cœur - poumon - artéri
CLINIQUE Franceville
393, Bd. Ghandi - Cas
Tél: 05 61 450 450





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قیل

Casablanca, le 26/08/2023

SCANNER CEREBRAL

PATIENT : **SALADIN NADIA**
OPERATEUR : **DR LYAFY**
CORRESPONDANT : DR **ELMORCHID Mohamed**



TECHNIQUE ;

Série axiale en acquisition volumique sans injection de PDC

RESULTATS ;

Pas d'anomalie de densité parenchymateuse systématisée ni stigmates hémorragiques en sus ou sous tentoriel

Les structures médianes sont en place avec un système ventriculaire de dimensions normales

Les espaces sous arachnoïdiens et les citernes de la base sont libres

Pas de collection pericerebrale ni lésion expansive

La fosse postérieure est libre

AU TOTAL :

TDM cérébrale normale ce jour

Signé : **DR LYAFY**

Pour consulter les images de cet examen

Lien : <http://102.50.241.146:8085/images>

Login : HIS987296175759

Mot de passe : HIS22257

Dr. LYAFY Mohamed
Radiologue
30, Rue Imam Mouslim - OASIS
Tél: 0522 233 433 - CASA