

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0041598

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10608 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Détaché
 Nom & Prénom : EL AQUAD ADIL
 Date de naissance : 09/07/1977
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0661516371 Total des frais engagés : 649,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 16/04/2023
 Nom et prénom du malade : EL AQUAD Ghita Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles Gynécologiques
 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 : Casa Le : 16/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16 AOUT 2023 | 1 | 2 + Pu | 250,3 | |
| 16 AOUT 2023 | 1 | 20 + 20 | 350, - | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| | 22.8.23 | 49,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RÉLEVÉ 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

Docteur Khalid Slaoui

Gynécologue - Obstétricien

Diplôme d'Etat de la Faculté de médecine de Reims

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique

Stérilité - Echographie

Sur Rendez-vous

الدكتور خالد السلاوي

اجتصاصي في الأمراض النسوية و الولادة

خريج كلية الطب برامس

بالميعاد

Casablanca, le 22.07.2023.....

Madame EL AOUAD Ghita

49,60

* D-Cure forte 100 000 UI

1 amp buvable toutes les semaines

Bte de 3

49,60



PPV: 49,60 DH
LOT: 23809
EXP: 02/2026



Docteur Khalid SLAOUI

Gynécologue - Obstétricien

89, Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél: 05 22 22 12 76 / 22 02 71

E-mail: dr.slaouik@hotmail.fr

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B

89 - 91 Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél.: 0522 22 12 76 / 05 22 22 02 71 - Fax : 0522 29 56 51

E-mail : dr.slaouik@hotmail.fr

URGENCES : Clinique Val d'Anfa 19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca

ICE : 001597006000054

إقامة ابن زيدون الطابق الأول الشقة رقم 3 ب

89 - 91 شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71 - الفاكس : 0522 29 56 51

Tél.: 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

INPE : 091130294

Nom EL MOUMD Prénom Ghita N° de Dossier 13492/23
Médecin Traitant _____ D D R _____
Indication _____ Date 16 AOUT 2023

COMPTE RENDU

| | |
|-------------------------|--|
| Examen réalisé | Vessie <u>pleine, par voie abdominale</u> |
| • UTERUS | Echostructure <u>homogène</u> Taille <u>1</u> • Longitudinal : <u>69 / 34</u> • Transversal : <u>34 / 21</u> Ligne de vacuité <u>fine</u> Particularités <u>utérus rétroversé</u> |
| • ANNEXES | Droite <u>ov. droit : 33 / 17</u> Gauche <u>ov. gauche : 26 / 14</u> |
| • CUL DE SAC DE DOUGLAS | <u>fine</u> |

CONCLUSION

Docteur Khadija SLAOU
Gynécologue / Obstétricien

Dr. SLAOUI Khalid
Gynécologue-Obstétricien

DATE : 16 Avril 2023 FACTURE N° 0506/23

Nom et Prénom de la Patiente El Aouad Hana

- Consultation du 16 Avril 2023 DHS
- Echographie du 16 Avril 2023 380 DHS
- Electrocoagulation du col DHS
- Pose et Fourniture de stérilet du DHS
- DHS

Le montant des honoraires s'élevant à la somme de

600 DHS