

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11644

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GLOUMINE KARIMA

Date de naissance :

18/10/12

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

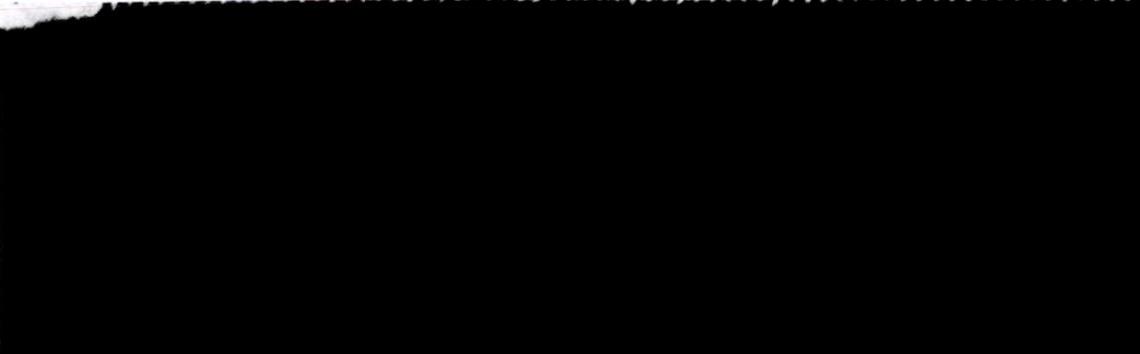
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) arranged in a curve. The teeth are labeled with numbers 1 through 16. The arch is divided into four regions by labels: D (maxillary), G (mandibular), B (mesial), and A (distal). The teeth are arranged in a sequence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. The arch is oriented with the mesial side (B) at the bottom and the distal side (A) at the top. The maxillary arch (D) is on the left, and the mandibular arch (G) is on the right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPÉDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 026230

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Goumine Karima
 Matricule : 11644 Fonction : chef d'agence Poste : Mers.Sulta
 Adresse : 36 Rue Tifni + cil
 Tél. : 0667207264 Signature Adhérent : H

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DURIEZ ANBRE Age 70
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Chute d'escalier. Douleur

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : chute dans l'escalier

A CASA, le 17 OCT 2023

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 026230

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/23	28,80
	08/12/23	134,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/10/23	3100	10000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

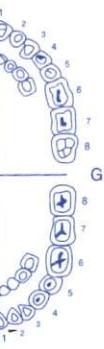
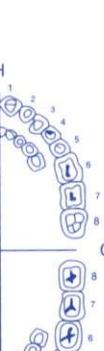
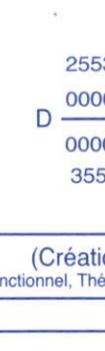
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	
									
									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX				
									
									
		$ \begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline 25533412 & \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			MONTANT DES SOINS				
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS				
					DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Code : PR4FR09

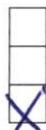
Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : **Mme Goumine KARIMA**

Matricule : **17600**

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :



- Moi-même
Mon conjoint
Mon enfant

Lieu : **Maison**

Date d'accident : **17 oct 2023**

Causes et circonstances : **marjorie a glissé**

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : **Casablanca**

le, **23 / NOV / 2023**

Signature légalisée :

Agent N° **17600**

Uniquement pour la légalisation Materiel
de la Signature de

KARIMA

Goumine

qui a justifié du document

23 Nov 2023

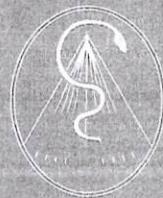
Casablanca, le

pour M. Hamid TORAI

Le Chef du Groupe

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger





Casablanca le 17/10/2023

PATIENT : DURIEZ ANBRE
MEDECIN TRAITANT : PR. OUAZZANI TOUHAMI MAKINE
A

RX. RACHIS ENTIER F/P

Scoliose lombaire à convexité gauche centrée par L2 avec une bascule gauche du bassin.
Par ailleurs, hauteur disco-vertébrale conservée à tous les étages.
Parties molles péri-vertébrales sans particularité.

Confraternellement
DR AKIKI M.
INPE : 091004234

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,
ou utilisez le lien :

http://105.159.250.200:8088/images



Nom & prénom : DURIEZ ANBRE

FACTURE N° : 23/020126

Date : 17/10/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. RACHIS ENTIER F/P	1 000,00
Total Montant	
	1 000,00

27, Rue Ily Abou Madi - Quartier Gautier
Tél: 0522.20.34.57 / Fax: 0522.47.40.09
Radiologie Abou Madi - Casablanca - Maroc
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 17/10/2023

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

Casablanca, le 8.11.2023

ي تهامي

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Tetraxin Inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH

ن و الرضع
5 ml in
6 118001 080724
زيران سابقا

كتوي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)
الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine_ouazzani@hotmail.com

بالمسؤول
(العيادة مغلقة عشية الخميس)
الدار البيضاء في

134,60

Vaccin

TETRAXIM



Dr. Makine OUAZZANI Touhami
Professeur Agrégé Pédiatre
Rue Hafid Ibrahim - Casablanca
545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie
Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"
545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie
Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استعمال
مصحنة القلب والأطفال - كليفورنيا
545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا
الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

Dr. Makine OUAZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous
(Cabinet fermé Jeudi après midi)

Casablanca, le

17/10/2021

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطبوريان سابقا)

كوثي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

makine_ouazzani@hotmail.com البريد الإلكتروني:

بالموعد

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

الدار البيضاء في

لطف دنيت آندر

RADIOLOGIE ABOU MADI
27, Rue Hafid Ibrahim Casablanca

Front Radio Nasus entier
Face / Profil

لطف دنيت بوس

Chute et colies

Douloures dorsolombaires

Ps et Troubles neurologiques

Dr. MAKINE OUAZZANI
Professeur Agrégé Pédiatre
21, Rue Hafid Ibrahim - Casablanca
Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

En cas d'urgence

Clinique Cardiologique et Pédiatrique "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استعمال

مصححة القلب والأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55



مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراري CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour
Bouchon de cérumen



Reçu patient

Dossier N° : AK519658



Examen (s)

RX. RACHIS ENTIER F/P

17/10/2023

Total : 1 000,00

Payé : 1 000,00 TPE

Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

RADIOLOGIE ABOUMADI
www.radiologie-aboumadi.com

27,Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

contact@radiologie-aboumadi.com

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884

ICE : 001342320000052

**Veuillez acquitter votre facture à la caisse
avant tout retrait de résultats et de
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 17/10/2023 à 17:17 par :

IBTISSAM

Patient : **DURIEZ ANBRE**

Age : 13 ans

Organisme :

N° CIN :

Médecin prescripteur : PR. OUAZZANI TOUHAMI MAK

Médecin radiologue : DR_AKIKI_M

Conditions générales extrait du règlement intérieur AK519658

- * Les résultats des examens sont remis de 9h00 à 13h00 et de 15h00 à 19h00 durant la semaine et de 9h00 à 13h00 le samedi sauf urgence.
- * Le délai de remise des résultats est de 24h sauf cas particulier ou urgence.
- * En cas d'urgence médicale ou pour toute information particulière, veuillez informer le responsable de l'accueil.
- * Les patients couverts par une mutuelle ou une assurance conventionnée avec le cabinet, sont priés de se présenter munis de leurs prises en charges valides. La partie exclue de la prise en charge sera réclamée au patient.
- * Les pourboires sont strictement INTERDITS.
- * Les patients qui viennent pour un examen sont invités à prendre un ticket à l'entrée afin de respecter l'ordre de passage à l'accueil.
- * Le reçu devra être présenté à l'accueil afin de pouvoir récupérer vos résultats, à défaut il ne pourra y avoir de contestation.
- * Toutes les réclamations éventuelles seront faites directement auprès des responsables de l'accueil, par téléphone au 0522203457/58 ou par mail.
- * Pour nous permettre d'améliorer nos services, merci de formuler vos remarques et suggestions.

Suggestions:

.....

.....

.....