

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° W21-796525

par courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2467** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **SAMIR HAMED**
 Date de naissance : **01/01/1958**
 Adresse : **AY. Prince Moulay El Mehdi, 211104 Essayer, Casablanca**
 Tél. : **0661284325** Total des frais engagés : **700,0** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. ESSAMRI Wafaa**
Hépatogastroentérologie
 Date de consultation : **20/11/2023**
 Nom et prénom du malade : **Dr. Professeur à l'Université Mohammed VI et de Pharmacie au CHU de Rabat** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Hépatite auto-immune**
 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 : **Rabat** Le : **20/11/2023**
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-796525

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
20/11/2023	Cons Gén		300 DH + 400 DH	INP: 10-11-02-21 Dr. ESSAMRI Waf Hépatogastro-Entéro

Dr. ESSAMRI Wafaa
Hépatogastro-Entérologie
Ex-Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

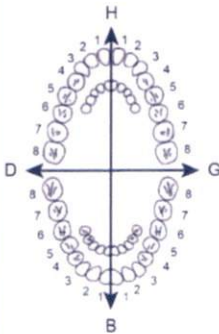
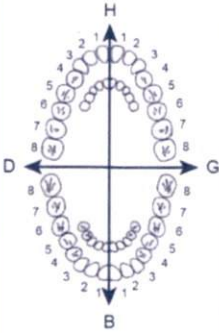
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : [][][][][][][][]

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

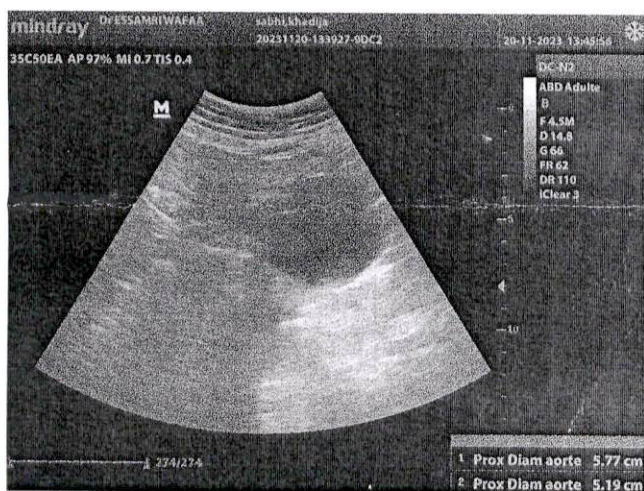
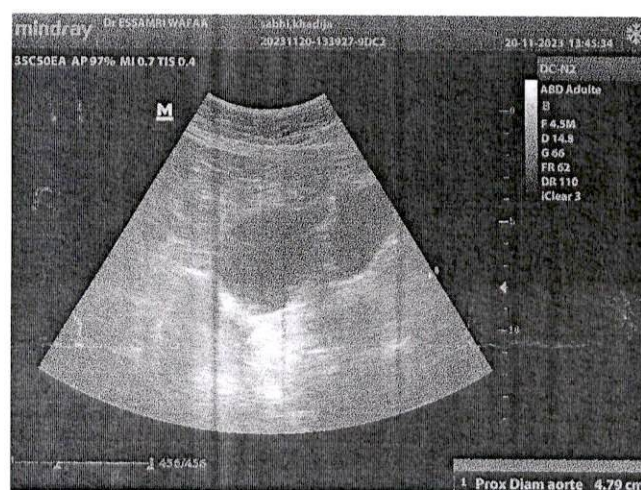
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom: sabhi, khadija
ID: 20231120-133927-9DC2 Sexe: Incon.
ABD Adulte
Date exam: 20/11/2023

Abdomen - 2 / 2 Page

Image ultrason



Commentaires:

Signature:

Date sign.:

Dr ESSAMRI WAFAA

131, Bureau num 6, Av Allal Benabdellah,
Rabat
Telephone: 05 37 660 664
Fax:
Site internet:



Nom: sabhi, khadija
ID: 20231120-133927-9DC2
Sexe: Incon.

ABD Adulte
Date exam: 20/11/2023
Equipeement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen - 1 / 2 Page

Mesures 2D

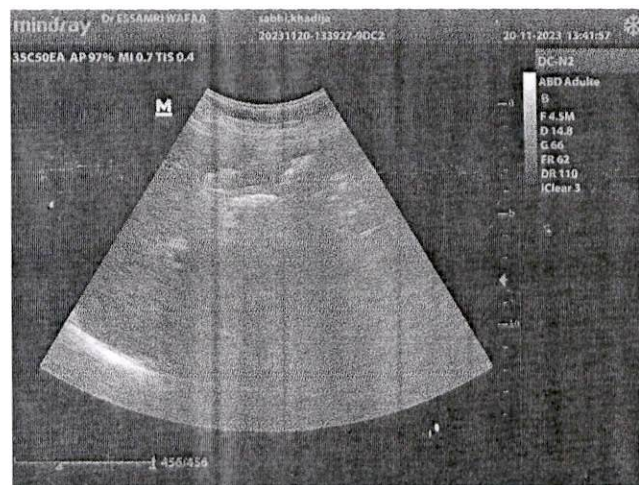
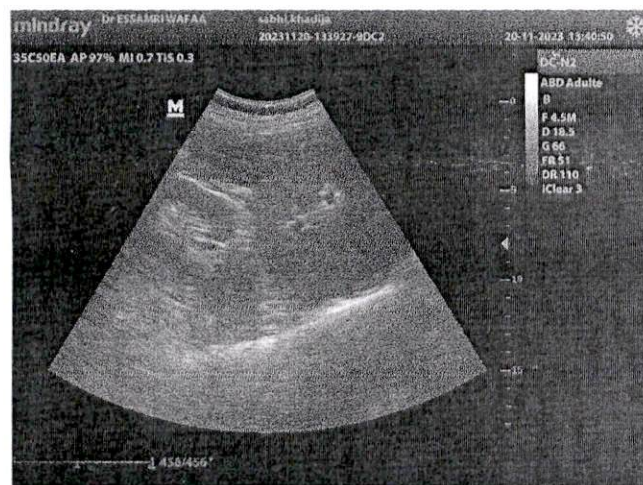
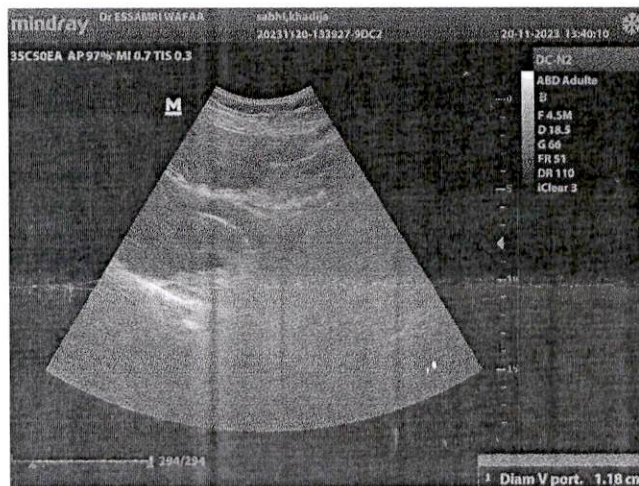
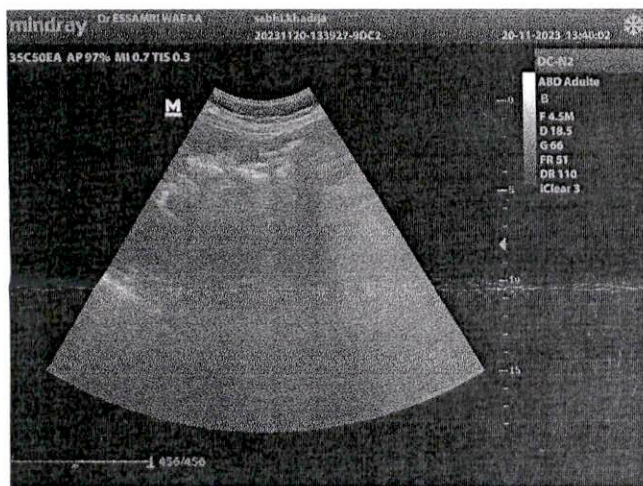
ABD Meas

Diam V port.: 1.38cm

Rate: 10.41cm

Prox Diam aorte: 5.25cm

Image ultrason



Docteur ESSAMRI Wafaa

Spécialiste des Maladies du Tube Digestif,
Foie, Pancréas, Proctologie

Ancienne Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat - CHU Ibn Sina



الدكتورة السمرى وفاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،
الكبد، البنكرياس، الشرج

أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Rabat, le **20-11-2023**

Mme Sabhi Khadija

Echographie abdominale

Foie de taille et d'échostructure normale contours réguliers

TP de calibre normal, perméable

Vésicule biliaire multilithiasique à paroi fine

VBP et VBIH fines

Rate de taille normale homogène

Reins d'aspect échographique normal

Pancréas sans anomalies échographiques

Pas d'épanchement péritonéal

Pas d'adénopathies profondes

Kyste ovarien 57/51mm

Conclusion : VB multilithiasique

Dr. ESSAMRI Wafaa

Hépatogastroentérologie

Ex Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة الكونغو، الطابق الثالث، مكتب رقم 23 - الرباط

Angle Av. Hassan II Rue Congo, 3^{ème} Etage, Bureau N° 23 - Rabat

Tél. : 05 37 66 06 64 - GSM : 06 61 38 89 98 / E-mail : essamriwafaa@gmail.com

Docteur ESSAMRI Wafaa

Spécialiste des Maladies du Tube Digestif,
Foie, Pancréas, Proctologie

Ancienne Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat - CHU Ibn Sina



الدكتورة السمري وفاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،
الكبد، البنكرياس، الشرج

أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Rabat 20.11. 2023

Rabat, le

Note d'honoraires

Nom du patient :

Mme Sabhi Khadija

Consultation 300dh

Echographie abdominale 400dh

Total 700dh

Dr. ESSAMRI Wafaa
Hépto Gastro Entérologie
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة الكونغو، الطابق الثالث، مكتب رقم 23 - الرباط

Angle Av. Hassan II Rue Congo, 3^{ème} Etage, Bureau N° 23 - Rabat

Tél. : 05 37 66 06 64 - GSM : 06 61 38 89 98 / E-mail : essamriwafaa@gmail.com