

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

- 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

W21-841331

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 195392

Nom & Prénom : EL OUEBBI SARA

Date de naissance : 08-01-1995

Adresse : lot 4 Res. Océa app 15 2° étage Lajmane

Casablanca

Tél. : 0639869134 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Choulophie oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Oculaire + Neuro

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 : Casablanca Le : 16/01/2024

Signature de l'adhérent :

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 Rattachement 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
Service Radiologie Tél: (+212) 0529 0868 mail: univ@univ-bordj.dz	08/10/21/24	DM Pharmacologie	1000.000H

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					CCEFFICIENT 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 L'EXECUTION					



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 16/01/2024 .

EL OUEBETI Sara

- Patiente âgée de 29 ans .
- events à répétitions @ nyctale .

Faire svp

TDR Thoracique

- => PID?
- => ASP neoplasmale?
- => Sarcoïdose?

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant ALLAOUI ABIRE
Médecine interne

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 240208174847SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400827525	EL OUERBI SARA	08/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	010624	1 000,00
	Total payé	1 000,00

Reçu établi par :SOU.KHA

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 46 66
E-MAIL : www.hopital-ckh.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 22 302 / 2024 du 08/02/2024

Nom patient : EL OUERBI SARA

Entrée 08/02/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 08/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER THORACIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total 1 000,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 000,00	1 000,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 61
E-mail : info@hki.dz



CASABLANCA, le 08/02/2024

PATIENT : **EL OUERBI SARA**
IPP : **H0124003268**
DATE NAISSANCE : **08/01/1995**
NUMERO DOSSIER : **2400827525**

TDM THORACIQUE

INDICATION : 29 ans, uvéite à répétition + myélite. Recherche de PID, sarcoïdose ?

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, sans injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

→ **L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :**

- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutif.
- Nodule non spécifique du segment postéro basal gauche
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ **L'analyse en fenêtres médiastinales :**

- Absence d'épanchement pleural liquidien.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

En fenêtre osseuse : Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION :

Aspect TDM thoracique sans anomalie évolutive.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr HABI J. – Dr DAHER – Dr Morsad.**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur JIHANE HABI
Radiologue
09000 0000





مركز القديرات

08/02/24

17:47:36

9900398067

93980601

HOP CHEIKH KHALIFA G12

Casablanca

A00000000041010

APP : DEBIT MASTERCARD

EL OUERBI

/SARA.M

xxxxxxxxxxxxx1032

05/31 CARTE NATIONALE

2F37966A5AF22A25

220-0-9999-1-55

MONTANT: 1000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 022

NUM AUTORISATION: 159340

STAN : 010624

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT