

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 rééductions.
 - 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (1/G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-548451

ND:35580

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>04213</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KAHAL LAHIA MUSTAPHA</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1954</u>			
Adresse : <u>42 PASSAGE 13 HAY TISSIR 2</u>			
Tél. <u>0706 75 93 74</u>			Total des frais engagés : <u>00000000</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Professeur R. ISMAIL Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Maladies du Foie Proctologie 112, Bd. L'Amira 4ème Etage Tél : 052 41 2 36 CASABLANCA
Date de consultation :	24/10/2020
Nom et prénom du malade :	12. Raha Elhajie Nutayne
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection digestive
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/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 :

Signature de l'adhérent(e) :

... portes sur la présente déclaration. Je déclare
ction des données personnelles.

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
20/07/2020	C3		300,00	INP : 109107291137
				Professeur R ISAWA les Maladies de l'Appareil Digestif et Proctologie 3me Etage BLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur Spécialiste des Maladies Infectieuses et Parasitaires 2, Bd de l'Algérie 91.27.36 - CASABLANCA	21.07.2005	Reéloscopie + échographie	500,00 + 500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

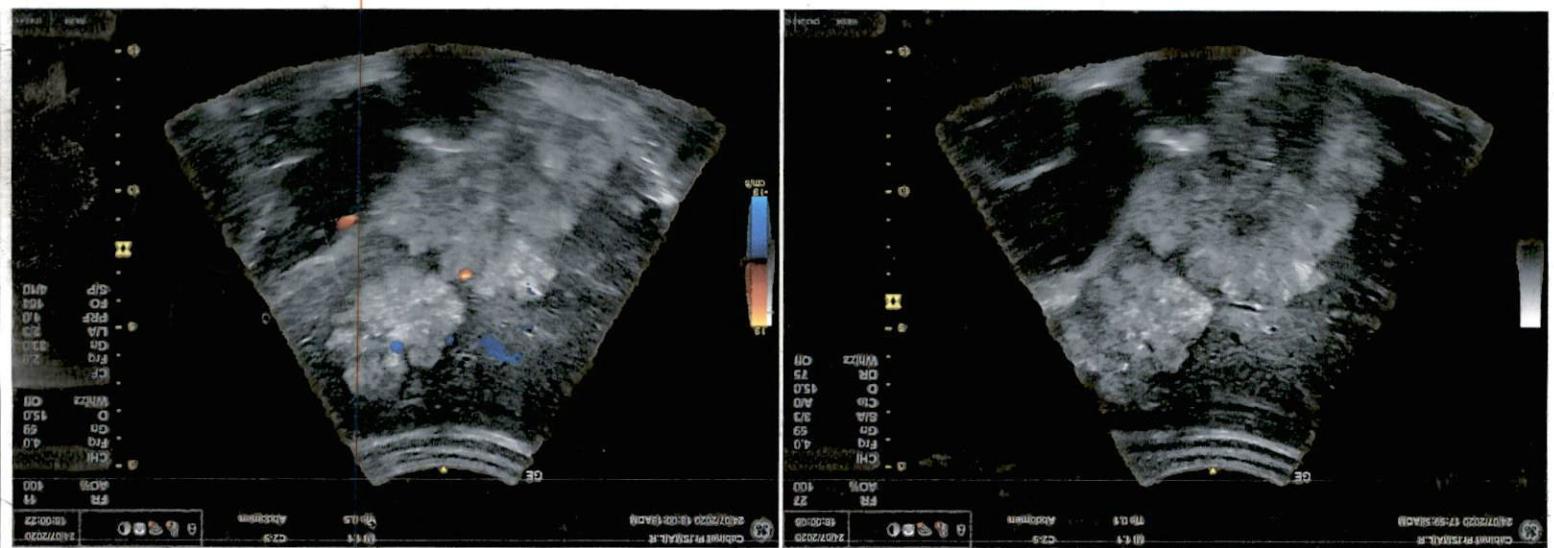
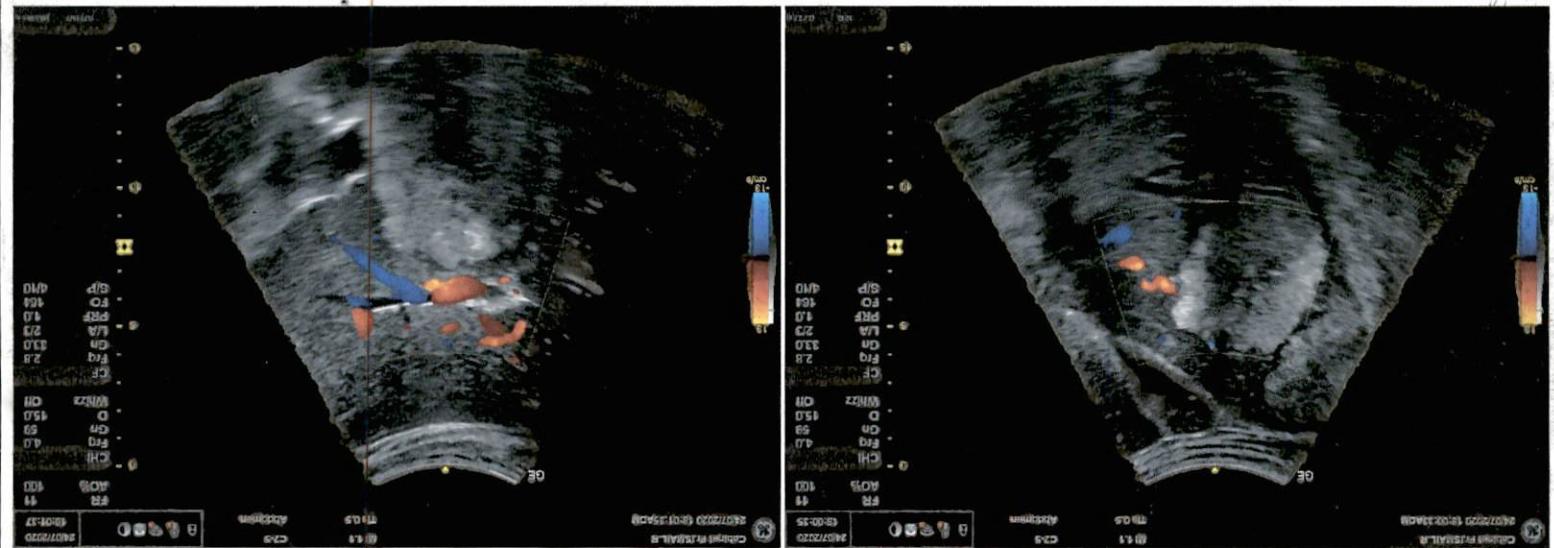
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
		H <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G B				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													



ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

24/07/2020

Mr KAHALLAHIA Mustapha

Clinique

Suivi pour ADKc du rectum

Examen

Métastases hépatiques connues.

Veine porte de calibre normal.

Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Professeur K. KAHALLIA
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif
Maladies du Foie Proctologie
112, Bd. d'Alfa 4ème Etage
200533 17, 37, 38 CASABLANCA

EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mr KAHALLAHIA Mustapha

24/07/2020

Clinique

Suivi pour ADKc du rectum

Examen

Inspection : Marge anale normale.

Toucher rectal : Normal.

Anuscopie - Rectoscopie : Présence d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante sténosante du bas rectum à 3 cm de la MA, très suspecte de malignité.

Professeur R. ISMAIL
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif
Maladies du Foie Proctologie
112, Bd. d'Anfa 4ème Etage
Tél : 0522.47.27.36 - CASABLANCA

Professeur R.ISMAIL

Maladies de l'appareil digestif

112,Bd d'Anfa Casablanca

Tel : 0522 47 27 36

cabinetrafik@gmail.com

Nature de l'examen	Honoraires
CONSULTATION	300.00
ECHOG. ABDOMINALE	500.00
RECTOSCOPIE	500.00

TOTAL 1300.00

**PAYE : 1300.00 / ESPECE
RENDU... 0.00**

TICKET: 0100004235

vendredi 24/07/2020-16:20

Nom du patient: KAHALLAHIA MUSTAPHA

~~Professeur R. ISMAIL
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif
Malades du Foie Proctologie
112, Bd d'Anfa Casablanca
Tel: 0522.47.27.36 - CASABLANCA~~
ICE: 0017142400083
PATENTE: 3546598
Bon rétablissement