

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-522966

38658

Optique

Autres

ROYAL AIR MAROC

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11115* Société :

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *ABDELLAH BEN YOUSSEF*

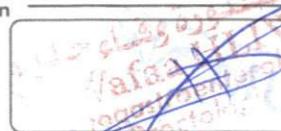
Date de naissance : *05/06/72*

Adresse : *LOU EL KHAOURA 2056 NR 6 ABOU MOUK*

Tél. : *0697768787* Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *31 AOUT 2020*

Nom et prénom du malade : *Abdelhakim* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *maladie de l'oreille*

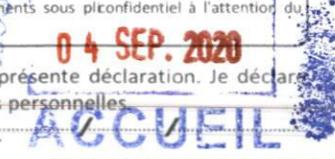
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *04 SEP. 2020* 

VOIR EN AVANT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/07/2015	Consultation	1	1650,00	INP : 11111111111111111111111111111111
				Dr. Boudjedra A. Asblancia
				Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/07/2020		600,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

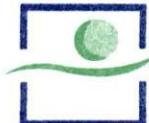
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

16/07/2020

۱۴

AZZEH 121 NABIL

- Douleur. à la deglutition
+ Régro. rebelle
aux UU.

TOGD. (+ Biopsie)

Dr. Najat LAKHRIB
Hépato-Gastroenterologue
proctologue



ICE:001728360000010

F A C T U R E

N° : 1565 / 2020 du 20/07/2020

Numéro dossier : 0G200943

Médecin traitant : DR. HLIWA WAFAA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr AZZEHIZI NABIL	Payant	20/07/20	20/07/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FIBROSCOPIE		1,00	1 650,00	1 650,00
			Sous/Total	1 650,00
Total clinique				1 650,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL 1 650,00		
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS			
Encaissé espèce 1 650,00	Encaissé chèque	Total 1 650,00	Solde

clinique mers sultan
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca - Maroc



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Mr AZZEHIZI NABIL**

Chambre :

Médecin traitant **HЛИWA WAFAA**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **20/07/2020**

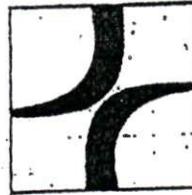
Date sortie **20/07/2020 12:50**

Le caissier

L'infirmier

Le major

CLINIQUE MERS SULTAN
64 Rue Omar El Idrissi
Casablanca - Maroc



Date: 20/07/2023

Nom &Prénom du Malade :..... A 33, e 7121 Nabil

Diagnostic: right-sided hemiparesis

Chirurgen door zijn dienst. Niet in dienst.

Anesthésiste one-pharyngeal tube

Pancouse odynophagie... Rbs... rebelle... m/s T11

COMPTÉ RENDU OPERATOIRE

er- / Hntime (mgt bulbo-ducndis $\hat{=}$ y)

1- mino n o d u s a s h a s i s
absence of distal limb state

2- synapsis of rostral I = hembalz

3- Agre b d y s t i t e er- / Hntime
d- phene

4- Agre b d bulbo-ducndis te
er- / Hntime

free scruff vih, glycine, Ecdysozoo abd 2 l.

29-03-2016
Dr. Walter H. R. W.
Hepatogastroenterologist