

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19- 045031

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005365 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VIVE

Nom & Prénom : BA BASISINE FATIMA

Date de naissance : 13/11/85

Adresse : 13/11/85

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Dentaire

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.

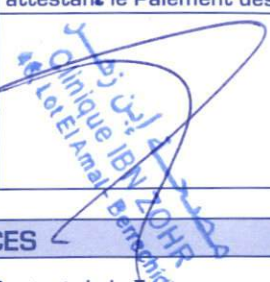
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
02.07.2021			400.00	

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
	21/7/2021	500 (PH)	

AUXILIAIRES MEDICAUX

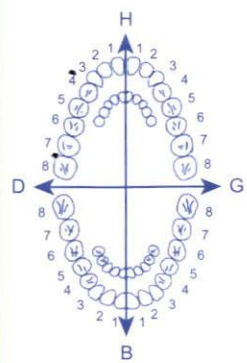
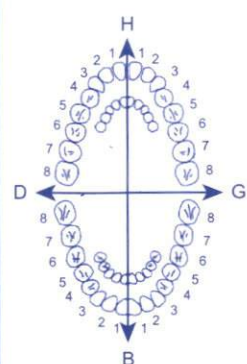
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE IBN ZOHR



مستشفى ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 02/09/2020

Nom et prénom : BASSINE FAÏHA

Prestations : G1 Echo-Abdominal

Honoraires : 400 + 500 D +

N° de téléphone : 06-72-12-40-41

Nom assurance ou mutuelle : Mutuelle

Medecin : Dr. Yasser

CIN : 5558809

Clinique IBN ZOHR
40, Lot. El Amal - Borjachid

Berrechid le :

46, Lot El Amal - Berrechid
Clinique IBN ZOHR

CLINIQUE IBN ZOHR		Organisme gestionnaire d'assurance maladie	
INPE	600662718	MUPRAS	
Médecin traitant:			
FACTURE		E55680944014	
Assuré		Assurée Conjoint	
Nom et prénom	BASSINE FATIMA	Nom et prénom :	BASSINE FATIIMA
N°CIN:	E556809	N°CIN:	E556809
DATE D'ENTREE	02/07/2020		
		Diagnostic	
PARTIE CLINIQUE			
Frais de séjour		Nombre jours	PU
Séjour normal			
Réanimation			
Réa. néo natale			
Soins intensifs			
Couveuse			
Prestation		coef	PU
Bloc opératoire			
PLATRE			
kyste sébace du sourcil droite			
Fourniture		PU	Total
Pharmacie médicale			
LAVAGE GASTRIQUE			
ECG			
osteo synthese			
Exploration		Qté	PU
GRIL COSTAL			
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL		1	500,00
SCANNER MASSIF FACIAL			
UROSCANNER			
TOTAL CLINIQUE			500,00
HONORAIRES DES PRESTATIONS			
	Qté	PU	Total
Visite médicale [GASTRO]	1	400	400,00
Surveillance en réanimation			0,00
Surveillance en soins intensifs			0,00
Surveillance en chambre médicale			0,00
Actes chirurgicaux			0,00
Actes Anesthésie -Réanimation			0,00
Visite Spécialiste			0,00
TOTAL HONORAIRES DES PRESTATIONS			400,00
TOTAL GENERAL			900,00
Arrêté la présente facture à la somme totale de (en Dirhams et en toutes lettres)		NEUF CENT DH	
PAYER PAR			

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

46, Lot El Amal - Berrechid
Clinique IBN ZOHR

Berrechid le : 02/07/22

NOM & PRENOM : BASSINE FATIMA
EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

COMPTE RENDU

Cher confrère,

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT :

Hernies étagées ombilicale et de la paroi abdominale antérieure sus ombilicale à contenu graisseux sans signes de complications.

Foie de taille normale (FH=135,5 mm), de contours réguliers et d'échostructure homogène sans lésion focale décelable.

Loge de cholécystectomie libre.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Tronc porte et veines sus hépatiques perméables et de calibre normal.

Reins en position lombaire habituelle de taille normale et de contours réguliers.

Bonne différenciation parenchymo-sinusale.

Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.

Absence d'image d'obstacle visualisé au niveau des voies urinaires excrétrices.

Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.

Vessie en semi réplétion sans anomalies pariétale ou endoluminale décelables.

Absence d'adénomégalie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

À signaler une aérocolie abdominale diffuse.

AU TOTAL :

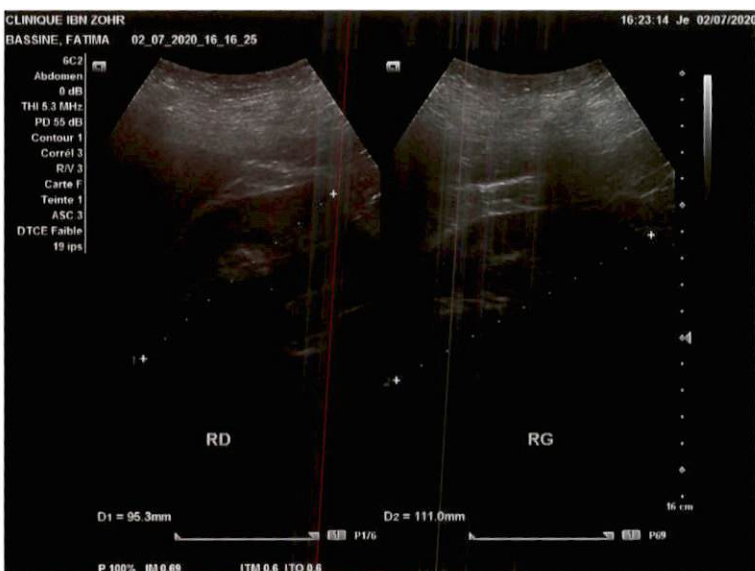
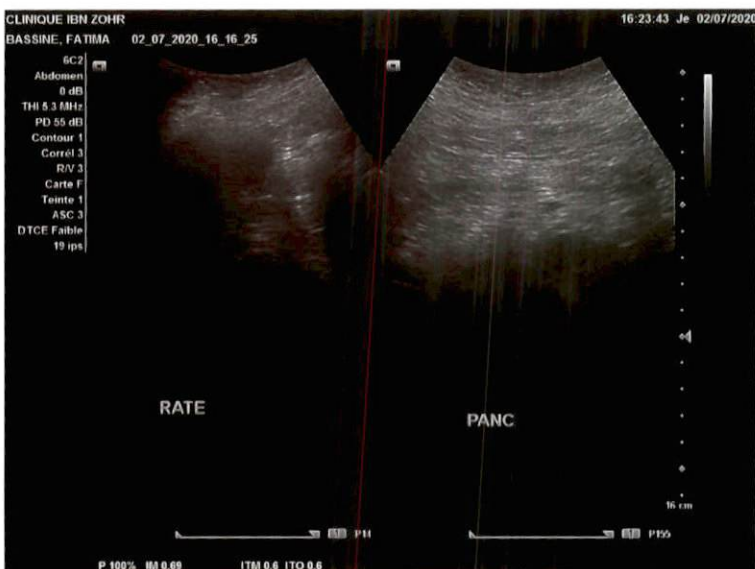
Hernies étagées ombilicale et de la paroi abdominale antérieure sus ombilicale à contenu graisseux sans signes de complications.

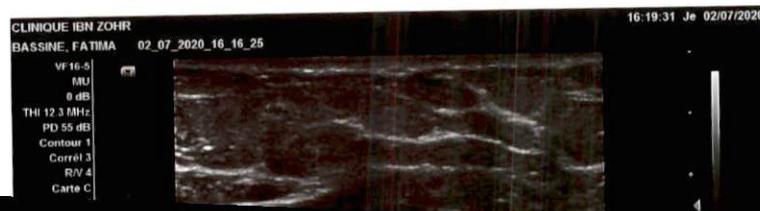
Aérocolie abdominale diffuse.

Le reste de l'examen échographique est sans particularité.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Dr. ABDOULLAH Nawfal
د. أبو عبد الله
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr - Berrechid







مركز الدفعات

02/07/20

17:06:30

9900635336

96353301

CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid

A00000000032010

APP : VISA

FATIMA BASSINE.MME.

439377xxxxxx3007

CARTE NATIONALE

F77F5177E29E6060

621-0-9999-1-44

MONTANT: 900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 273833

STAN : 001651

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT