

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-533525

N° D: 44768

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8363

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

OCT. 2020

Nom & Prénom :

EL RHOUL

Mohammed

Date de naissance :

15/01/1966

Adresse :

N° 92

Lot

Land

Sidi Naitouf

Tél. :

0661 187139

Total des frais engagés :

300 PH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

Date de consultation :

28/09/2020

Nom et prénom du malade :

EL RHOUL

Mohammed

Age: 54

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Traumatisme

sur pied D

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: 28/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

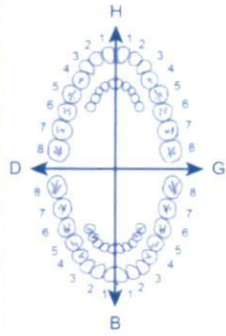
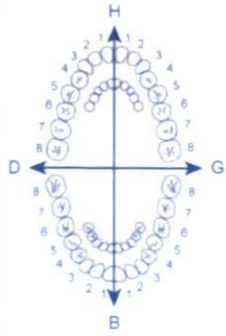
[Signature]

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
14/10/16	C		G	INP : 10112928

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/16	2m	3000h

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction]		FONCTIONNEL. Therapeutique, necessaire a la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



28-07-22

El Rihou Ahmed

Rx Joints H-
G + P

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Souliane Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 32 17 40

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport





الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 14/10/2020

FACTURE N° : 03091/2020

Nom & Prénom : EL RHOUL MOHAMMED

Date d'examen : 14/10/2020

Examens	Honoraires
RX DU PIED DT F/P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DH

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 32 17 65

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سيدي معروف - عين الشق - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Dr. Nadia Moubachir

Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune

Spécialiste en Radiologie

Casablanca , Le 14/10/2020

PATIENT : EL RHOUL MOHAMMED
MEDECIN TRAITANT : DR DAKKA FADOUA
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DU PIED DROIT F/P

COMPTE RENDU

Absence de trait de fracture visible sur cet examen.
Minéralisation osseuse normale.
Interlignes articulaires respectés.
Absence d'anomalie des parties molles.

Confraternellement,
Dr ZAAMOUNE IKRAM



109. تجزئة سفيان - سيدي معروف - عين الشق - الدار البيضاء

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Aïn Chock - Casablanca - Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com

ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - IF : 31860431 - CNSS : 1276798

www.radiologiesidimaarouf.ma

1411013030 15:08:45

RADIOLOGIE SIDI MAABOU

EGVBNHONLWONWEDVVV



1411013030 15:08:45

RADIOLOGIE SIDI MAABOU

EGVBNHONLWONWEDVVV

