

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585384

U7UB7

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : A1007		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OBAD SABAE
Nom & Prénom : OBAD SABAE		Date de naissance : AT-DF-ASST / 13 NOV. 2020	
Adresse :			
Tél. : 05 37 68 39 33		Total des frais engagés : 0 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : / /			
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 : / /

ACCUEIL

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
.....	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

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
8, Avenue Ibn Rochd - Rabat IF : 14463542 TP : 2574136 Tél.: 05 37 87 03 04	04.11.2022	2100	10000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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:

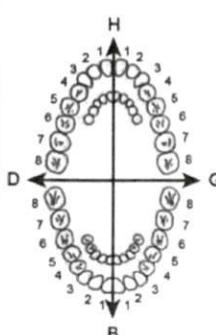
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'QDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَرْسَى تِمَارَا
Polyclinique Témara

Urgences
Réanimation
Médecine
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Unité de FIV
Traumatologie Orthopédie

Témara, le 06/11/20

Docteur :

Malade : Siamy Abdellah

Ordonnance

Fam. ORJ?

TDM. aux rach.

+ Muco

ATC ID = Ø

+ Crise. Convulsi.

Touss. Clougs. Gen.

Dr. NIFATIQA (Dr. Abouajene)
Pédiatre
Expert Assentement
Témara - Tel: 05 70 70 06 61 40 40 86

Centre de Radiologie Ibnou Rochd
SCP
18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
IF : 14463542 - TP : 25741366
Tél : 05 37 67 03 04

Dr. NIFATIQA (Dr. Abouajene)
Pédiatre
Expert Assentement
Témara - Tel: 05 70 70 06 61 40 40 86

RADIOLOGIE IBNOU ROCHD

DR SEFFAR REDA

18, AVENUE IBNOU ROCHD AGDAL RABAT

Té : 0537670304 Fax : 0537670444

IF:14463542 ICE 001653976000090

F A C T U R E

N° : 202010864
Du : 07/11/2020

Nom patient : M. SAOURI ABDILAH SULTAN

Médecin prescripteur ; DrRIFAI ATIQA

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
TDM CEREBRALE C-	140	1 200,00
Réduction		200,00
Total		1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DIRHAMS

INPE : 101215507

Centre de Radiologie Ibnou Rochd
SCP
18, Avenue Ibnou Rochd - Rabat
IF : 14463542 - TP : 25741366
Tél : 05 37 67 03 04
ICE : 001653976000090



Dr Ahmed Reda SEFFAR

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
IRM - SCANNER - ECHOGRAPHIE DOPPLER - MAMMOGRAPHIE
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE - RADIOLOGIE DENTAIRE

Nom : SAOURI ABDILAH SULTAN

LE 07-11-2020

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE : Examen réalisé en mode spiralé sans injection de PC.

RESULTATS :

- Foyer lésionnel cortico-sous cortical fronto-pariéital gauche, hypodense, comportant de fines calcifications et s'accompagnant d'un élargissement des sillons corticaux et d'une dilatation réactionnelle du carrefour ventriculaire en regard.
- Absence d'autres anomalies de densité intra parenchymateuses en sus ou sous tentoriel.
- Absence d'anomalies des formations hippocampiques.
- Les structures de la ligne médiane sont en place.
- Les cisternes de la base et les APC sont libres.

CONCLUSION :

Aspect TDM en faveur d'une lésion séquellaire fronto-pariéale gauche (AVC ischémique ancien probable) A confronter aux données cliniques et anamnestiques.

Dr. SEFFAR Ahmed Réda
Spécialiste en Radiologie
Cabinet de Radiologie Ibnou Rochd
18, Av. Ibnou Rochd - RABAT
Tél : 06 61 34 21 44