

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 - Tel. : 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° W19-579885

53314

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3552

Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE DRISS

Date de naissance : 30/06/1943

Adresse : Hay Essalam 3 Bloc 5 n° 8

Sidi Othmane GATA

Tél. : 066132234 Total des frais engagés : 2709 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soufiane BEN TALHA
Oncopratricien
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel
Appartement 1001, 1er étage
Hay Hassane nas

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : OUZZINE DRISS Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Afektion respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements de manière confidentielle 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 : 15/10/2020

Le : 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-579885

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
19/10/2020	Vis à la maison	1	100,00 H.	INR : 100,00 H.
	Service Radio	1	100,00 H.	
	Service Longue Distance	1	100,00 H.	

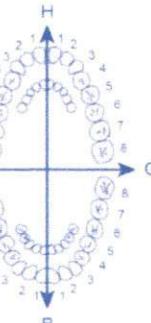
EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for ODF)	Nature des Soins (Leave blank for ODF)	Coefficient (Leave blank for ODF)																
				INP : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 40%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">25533412</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
H	25533412	G	21433552																	
D	00000000	B	00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411		11433553																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px; margin-right: 5px;" type="text"/>																

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 19-10-2020

Facture N° 04204/20

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CLC20J19191643

N° Identifiant : 005290/20

Nom & Prénom : M. OUZINE DRISS

C.I.N : B232275

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-10-2020

Date Sortie : 19-10-2020

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : OUZINE DRISS

Médecin traitant : DR . BENTALHA SOUFIANE

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		209,00			209,00
Total Rubrique : 209,00						
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		500,00			500,00
Total Rubrique : 500,00						
RADIOLOGIE						
1	TDM THORACIQUE		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique : 2 000,00						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
DEUX MILLE SEPT CENT NEUF DIRHAMS						
TOTAL GENERAL 2 709,00						

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard J Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07. Fax : 05 22 94 89 39



19/10/2020

PATIENT : **OUZINE DRISS**

PRESCRIPTEUR: **BENTALHA SOUFIANE**

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE : Acquisition volumique sans injection de PDC avec reconstructions.

RESULTATS :

- Plages en verre dépoli bilatérales asymétriques, à prédominance inférieure, siège d'épaississements septaux adjacents réalisant un aspect en crazy paving par endroits.
- Condensations sous pleurales bilatérales..
- Epaississements non septaux basaux bilatéraux.
- Absence d'adénopathie médiastinale ou hilaire de taille significative.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Absence de lésion osseuse suspecte notable.

CONCLUSION :

- Aspect TDM d'une pneumopathie alvéolo-interstitielle modérée (46%) évoquant une origine infectieuse virale vu le contexte clinique et épidémiologique.
- A confronter aux données du bilan biologique (PCR).

Merci de votre confiance.

Service Radiologie
DR.QECHCHAR
Clinique Longchamp