

RÉCOMMANDATIONS 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

- 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° W19-499804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11471

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASERRAR MUSTAPHA

Date de naissance : 13/12/74

Adresse : N° 191 LOT MABROUKA Sidi MABROUF Casablanca

Tél. : 0666 35 0893

Total des frais engagés : 1054,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : ASERRAR Mustapha Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Colopathie

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 : Casablanca

Le : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-499804

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 : 11471

Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR

Total des frais engagés : 1054,00 Dhs

Date de dépôt : 08/01/2020

[illegible]

Professeur de l'Enseignement Supérieur
Anesthésie - Réanimation
Tél Portable: 06 61 14 20 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/20	77,00
	03/01/20	77,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

MACIE L'ISERE
Diorni Ayadi Driss
100 rue Lissier - Casablanca
Tel: 022 85 64 57

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DAMI Khalid Spécialiste en Radiologie Imagerie Médicale Tél : 05 22 58 10 16	06.01 2020	Ech. Abdom 2. clv. une	200,000

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

DAMI Khalid
 Spécialiste en Radiologie
 Agence Médicale
 : 05 22 58 10 16

[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

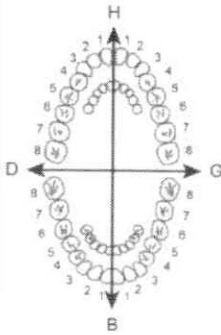
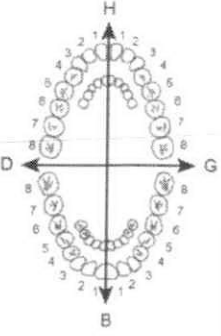
Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, 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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is shown in a perspective view, with a horizontal line passing through the center of the arches.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 from left to right. The bridge is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 from left to right.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le

03/04/2020

• Urgences 24h/24

• Médecine

• Chirurgie

• Réanimation

• Radiologie

• Cardiologie
Interventionnelle

• Maternité

• Réanimation
Néonatale

• Hémodialyse

Mr. Mostapha.

Lot:

EXP:

PPV:

3496A
03.2024
32.000HS
32,00

Lot:

EXP:

PPV:

3471A
03.2024
32.000HS
32,00

PHARMACIE L'ISERE
Dr. Diouri Ayadi Diti
74, Rue l'Isere polo - Casablanca
Tél : 022 85 64 57

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DH00
6 118006 061816

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DH00
6 118006 061816

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 05/01/2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Mr ASERRAR, Youssef

Age = 45 ans

ATCDs : \emptyset

Douleur abdominale
sans dyspnée

Ecchymose - p. v. -

RADIOLOGIE
EL M... BAL
Tel. ... 10 18

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 06/01/2020

FACTURE N° 2516/2020

NOM & PRENOM : ASERRAR MUSTAPHA

EXAMEN	MONTANT
ECHO ABDOMINO –PELVIENNE	cinq cents (500 DH)
TOTAL	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de cinq cents (500 DH) DHTTC


RADIOLOGIE
EL MOUSTAKBAL
tel : 06 24 58 10 16

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452

INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 06/01/2020

PATIENT : ASERRAR MUSTAPHA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHO ABDOMINO - PELVIENNE

Compte Rendu d'Examen

Foie homogène de taille normale et contours réguliers. Absence de dilatation des voies biliaires

VB libre

Pancréas et rate normaux

Les reins sont bien différenciés de taille normale et de contours réguliers. Absence de dilatation des cavités excrétrices.

Absence d'épanchement.

Absence de masse pelvienne ou abdominale

Prostate et vessie normaux

Conclusion :

Échographie abdomino-pelvienne sans anomalie notable

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél : 05 22 58 10 16