

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519804

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41201 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MALIK MONCEFF

Date de naissance : 15/05/1984

Adresse :

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 :

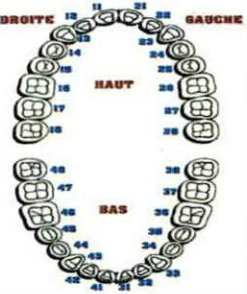
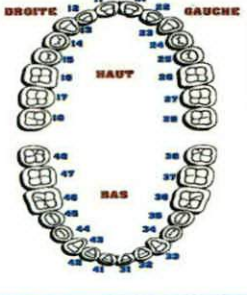
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


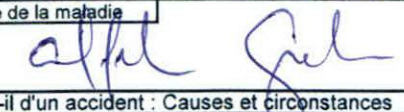

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 04/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES													
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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										
													
			Coefficient des										
			Montant des soins										
			Début d'exécution										
			Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction)													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
		Date du devis											
		Fin de											
Visa et cachet du praticien émettant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											
VOLET ADHERENT NOM : Mle													
DECLARATION N°		W18-355845											
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle													

 MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>		W18-355845	DATE DE DEPOT/...../201..
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	41221
Nom & Prénom		MALKI MONCEF	
Fonction		MANAGER	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		844	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Bouchra KARAoui

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et Interne des hôpitaux de Paris

Stérilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie

maladie du sein - Echographie



الدكتورة بشرى قراوي

إختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجة كلية الطب بهاريس

طبيبة ملحقه وطبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسوية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Casablanca, 03 FEB 2020 الدار البيضاء في

FACTURE N° 0000040

Nom et Prénom : Belkacem = Noussaim

Examen : Annule @ echographie

Effectué le : 03 FEB 2020

du Prix de : un seul devis

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Mode de Paiement :

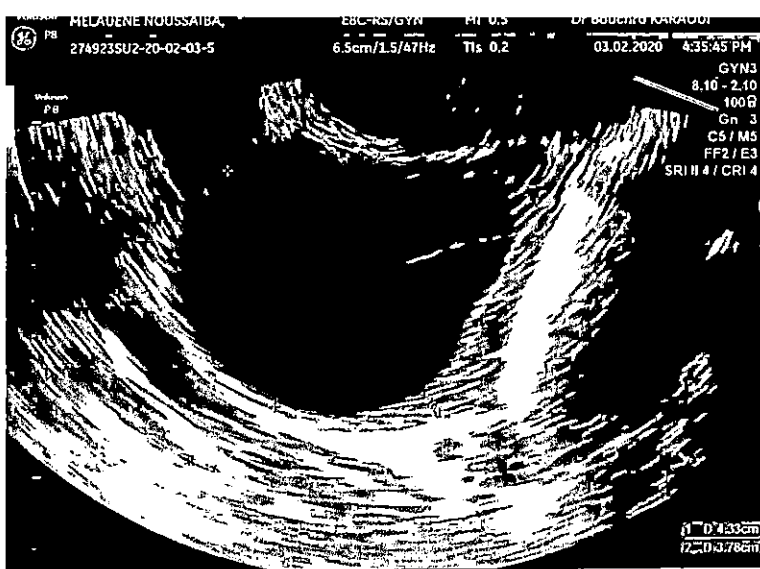
Chèque ☐

Espèces ☐

Dr. KARAoui Bouchra
Gynécologue - Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 0522366900 - Fax: 0522366899

22, شارع عمر الخيام، الطابق الثاني، إقامة فاطمة الزهراء، بوسيجور - الدار البيضاء
22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatim-Zohra - Beauséjour - CASA
Tél. : 05 22 36 69 00 / 06 66 19 12 30 - Fax : 05 22 36 68 99
En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghandi au : 05 22 94 07 74/05 22 36 74 05
I.N.P. N° 091083303 - I.F. N° 51102247 - I.C.E. N° 001712697000088

Docteur Bouchra KARAOUI
Gynécologue – Obstétricienne
 22 Bd, Omar Al khayam, 2^{ème}
 Lauréat de la faculté de médecine
 Résidence Fatim Zahra - Beaus
 Ex attachée et interne des hôpitaux
 Tél. : 05 22 36 69 00 – Fax : 05

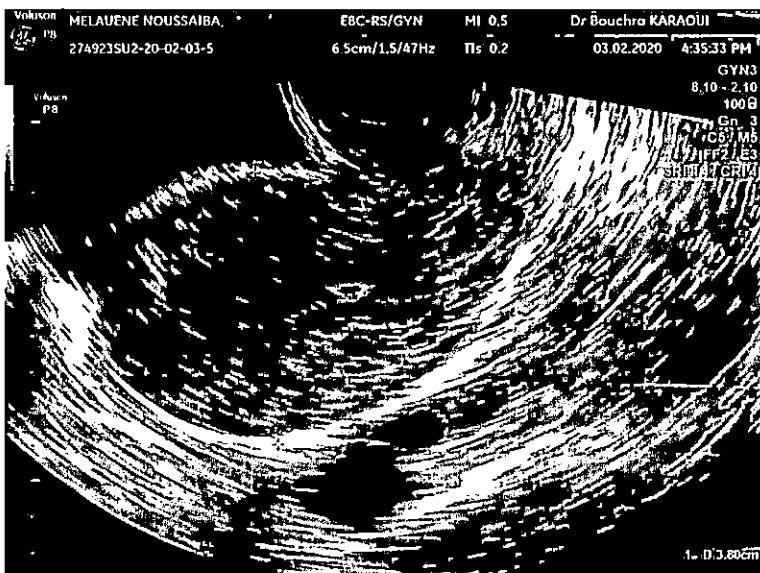


MADAME MELAUENE NOUS

INDICATION : METRORRAGIES

ECHOGRAPHIE PELVIENNE VAGINALE

- Utérus antéversé, de contours réguliers, antéro-postérieur, d'échostructure homogène
- La muqueuse utérine est normale et fine
- Image kystique ovarienne droite de 8.10 cm
- Pas d'épanchement pelvien, ni de nodules



CONCLUSION: KYSTE OVARIEN DROIT

Dr. KARAOUI Bouchra
 Gynécologue - Obstétricienne
 22, Bd. Omar Al Khayam
 Tél: 05 22 36 69 00