

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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 canalaire, 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 canalaire.

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

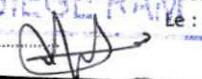
N° W19-519804

CP

WD 19584

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	41201	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MALIK MOUSSA			
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 : <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 : MARRAKESH 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				
	H		G		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Vise et reçu du patient
en restant le dentiste

Vise et reçu du praticien
en restant l'examen

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

Mutuelle de

Prévoyance

&

d'Actions Sociales

de Royal Air Maroc

W18-355845

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 41201

Nom & Prénom : MALKI, MONSEF

Fonction : MANAGER Phones.....

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

alpha gel

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Op</i>	<i>tabap</i>	<i>544</i>

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature Dr. KARAOUI Douchka
Gynécologue et obstétricienne
22, rue Dr. El Mekki
Télé: 22 22 22 22 22

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Docteur Bouchra KARAOUI

Gynécologue - Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ex attachée et interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة بشرى قراوي

اختصاصية في أمراض النساء والولادة

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ملحة وطبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

عقم الزوجين - الولادة

الجراحة النسائية - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

Stérilité du couple - accouchement

chirurgie gynécologique - Coeliochirurgie

maladie du sein - Echographie

Casablanca, Le 2 FEV 2020

الدار البيضاء في

FACTURE N° 0000040

Nom et Prénom : Nellouen = Nour Smirat

Examen : Consultation chirurgie pel

Effectué le : 3 FEV 2020

du Prix de : 40000 dirhams

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Mode de Paiement :

Chèque

Espèces

Dr. KARAOUI Bouchra
Gynécologue - Obstétricienne
22, Bd. Omar El Khayam
Tél: 05 22 36 69 00 - 06 66 19 12 30 - Fax : 05 22 36 68 99
En Cas d'Urgences Contacter Clinique Ghandil 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

شارع عمر الخيام، الطابق الثاني، إقامة فاطمة الزهراء، بروسيجور - 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 Ghandil 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 - Beauséjour
Ex attachée et interne des hôpitaux
Tél. : 05 22 36 69 00 – Fax : 05

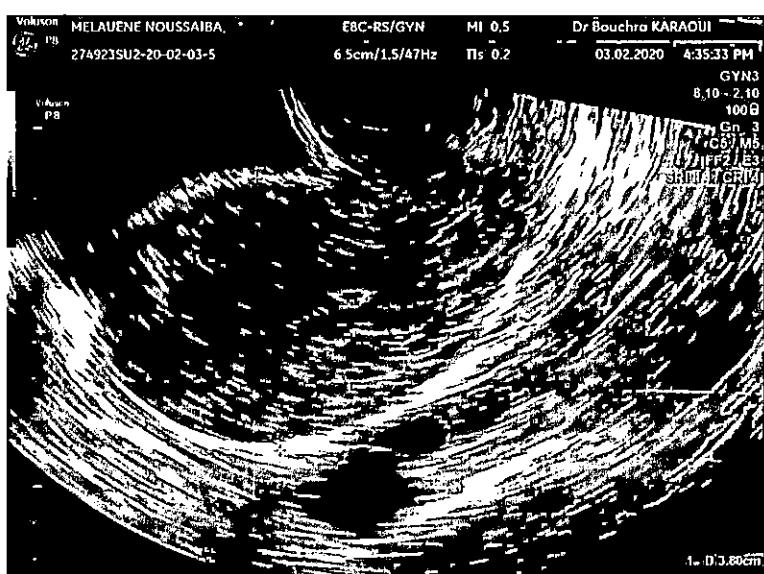


MADAME MELAOUENE NOUS

INDICATION :METRORRAGIES

***ECHOGRAPHIE PELVIENNE
VAGINALE***

- Utérus antévérsé, de contours régulaires antéro-postérieur, d'échostructure homogène
- La muqueuse utérine est normale et régulière
- Image kystique ovarienne droite de 6cm de diamètre
- Pas d'épanchement pelvien, ni de nodule



CONCLUSION : KYSTE OVARIEN DROIT

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