

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-520554

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 19997

Matricule : 1880 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SMANA KHADJA

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 68, Rue Jean Jaurès - Casablanca

Tél. : 06 61 384 233 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 :

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																								
<p>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.</p>																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																						
		Fin de l'exécution																						
<p>VOLET ADHERENT NOM : _____ Mle : _____</p>																								
DECLARATION N°	W14-018125																							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																						
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>																								

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W14-018125	DATE DE DEPOT/...../.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 1880	
Nom & Prénom : SINNAS KHAAJA			
Fonction : RETRAITEE	Phones : -		
eMail : KSINNAS@HOTMAIL.COM			
MEDECIN	Prénom du patient : _____		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : _____	Date : 13/01/2020	
Nature de la maladie : Douleurs abdominales		Date 1ère visite : _____	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : _____			
Nature des actes : Va + Echographie	Nbre de Coefficient : _____	Montant détaillé des honoraires : 400 D	
PHARMACIE	Date : 13/01/20		
Montant de la facture : 138.40			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : _____	
Désignation des Coefficients : _____	Montant détaillé des Honoraires : _____		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Anwar EL AALAM

Spécialiste
Chirurgie Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ex. Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Chirurgie Digestive, Gynécologique,

Cœliochirurgie, Proctologie

(Hémorroïdes Fissures, Fistules)

Echographie Générale

الدكتور أنور العلام

إختصاصي
الجراحة العامة

خريج كلية الطب بمونبيلي

مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

جراح سابق بالمستشفيات العسكرية

إختصاصي في : جراحة الجهاز الهضمي

أمراض النساء، جراحة الشرج (البواسير)

والجراحة بالمنظار

Casablanca, le

13/1/20

5840

1) Colupred 20 mg

3 cp en 3 seule prise
le matin

Acidus 20 mg

1 gel le soir au coucher

3) Ibuprofen

1 cp x 3

4) Benicor

1 cp le matin

Dr. EL AALAM
CHIRURGIE GENERALE
119, Bd. de Bourgogne
Casa - Tél : 022 47 10 34

119, Bd. de Bourgogne - Résidence Phénicia - Casablanca الدار البيضاء - شارع بلوركون إقامة فينيسيا

Tél. / Fax : 05 22 47 10 34 - (Urgence : GSM : 06 61 17 20 83) - E-mail : dr.elaalam@gmail.com

DOCTEUR EL AALAM ANWAR

CHIRURGIE GENERALE

Lauréat de la faculté de Médecin de Montpellier

Ancien assistant des Hôpitaux de France

119, Bd de Bourgogne Casablanca

Tel/Fax : 022.47.10.34

Patente : 35601033

Nom du patient :

Date :

SINNAS KHADIJA
13/01/2020

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

-Anamnèse :

- Le foie est de taille normale de contours réguliers ; d'échostructure homogène, sans lésion focale, ou diffuse.
- La vésicule biliaire est libre, de contenu, et paroi normale.....
- La voie biliaire principale est de calibre normal.
- Pas de dilatation des voies biliaires intra hépatiques.
- Le pancréas est de taille et d'échostructure normales.
- La rate est de taille normale, homogène.
- Les reins sont de taille normale de contours réguliers ; sans dilatation des cavités pyélo-calicielles ; sans lithiase décelable.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épanchement intra péritonéal.

EN CONCLUSION :

Echographie abdominale normale.....
.....

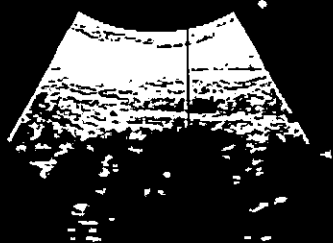
Dr. EL AALAM A
CHIRURGIE GENERALE
119, Bd. de Bourgogne
Casa - Tél. : 022 47 10 34

DR EL AALAM MED ANWAR IDI

V1 : 12 '11/01/22

16:45:23

24/24M 3.5M S-H
13Hz DUA: 69%



R17 G65 -C4

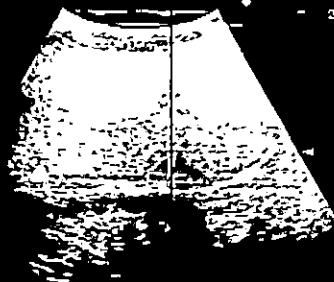
1:Abdomen

DR EL AALAM MED ANWAR IDI

V1 : 12 '11/01/22

16:43:16

24/24M 3.5M S-H
13Hz DUA: 69%



R17 G78 C4

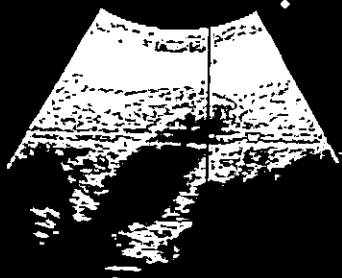
1:Abdomen

DR EL AALAM MED ANWAR IDI

V1 : 12 '11/01/22

16:41:23

24/24M 3.5M S-H
13Hz DUA: 69%



R17 G70 C4

1:Abdomen