

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

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° P19- 050840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7211 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AJJANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522737741 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2021

Nom et prénom du malade : AYA EL AJJANI Age : 14

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 : CASA Le : 06/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

CASA

ACCUSÉ

RELEVÉ 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
06-01-11	Cs		69,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06-01-11	70 MCoef. 1/2	1290,00
		factis cer P	

AUXILIAIRES MEDICAUX

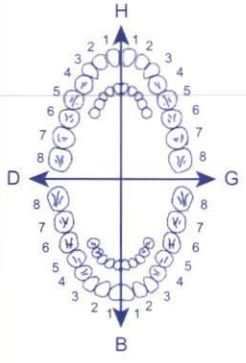
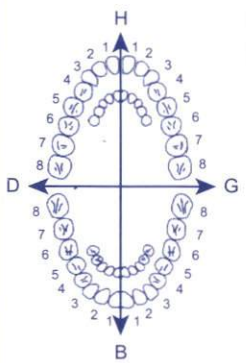
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

Radiographie :

Age 24 ans

ATUUS = RAP

Diagnostic & traitement :

Se présente pour
un traitement à PT crânio facial
avec notion de violence
PT suite à une agression.

À l'examen : Consciente

PRS

- Pas de DSM

- Pas de raideur rachidienne

- CAT : TDM crânio le + Rx rachis cervical

fracture du plancher de l'orbite gauche avec
incarcération de la graisse intra-orbitaire et

Rendez-vous de consultation le :

Heures

Médecin traitant :

Signature et Cachet

Co AVIS ophtalmo
Co AVIS - Maquillo
Co AVIS Neurochir



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

CHU

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
مستشفى ابن رشد
Hôpital Ibn Rochd

المملكة المغربية
وزارة الصحة



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

**SERVICE D'ACCUEIL
DES URGENCES**

N° d'admission : 1809

Date : 06 - 01 - 2021 Heure : 16/23

Nom et prénom : AYA EL AJJANI Age :

Adresse :

Motif d'Admission :

Traumatisme ☐ - AVP ☐
 Avis neurochir. ep de sond. - AT ☐
 Pathologie vasculaire 15/10/2021 - Violente ☐ ph u et
 respiratoire ☐ - Imprudence ☐ ph u et
 TDR : fracture de ph de l'orte ☐ ph u et
 R. avec l. Intoxication ☐ ph u et
 Autres ☐ ph u et
 CAT : Ti Del + Brisis Nasillo + revin L. Corbel



مستشفى ابن رشد

Hôpital Ibn Rochd
SERVICE DE LA RADIOLOGIE
DES URGENCES

Casablanca, le 06/01/2021

Mme : EL AJJANI AYA

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDCI

RESULTAT

- Absence d'hématome intra ou extra-parenchymateux notable aux étages sus et sous tentoriels.
- Fosse cérébrale postérieure de morphologie normale
- Structures médianes en place.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Citernes de la base libres.
- Fracture du plancher de l'orbite gauche avec incarceration de la graisse intra orbitaire et détachement d'un petit fragment osseux en intra sinusien (sinus maxillaire).
- Discret pneumorbite gauche.
- Trait de fracture de la lame papyracée à gauche avec comblement de quelques cellules ethmoïdales.

Dr Mouffak, Dr Kebbou

Nous restons à votre disposition

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation : AVA et Ajan

Reçu de M : Spine

La somme de : 60,00

N° 512597

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<u>G</u>	
Total	<u>60,00</u>

le 06-11-11

Signature du
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

N° 512600

le 06.01.11

Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
TDM Cér. Brachy	
Rachis Cervicale	
Total	1290,00