

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 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° W21-606626

61860

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 320 Société : 247

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABUNE MINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660 808680 Total des frais engagés : 512,20 + 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2021

Nom et prénom du malade : JABUNE MINA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AVC Ischémique

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 : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

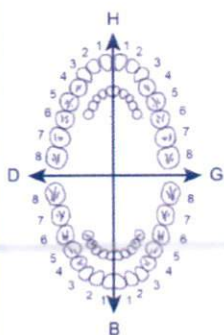
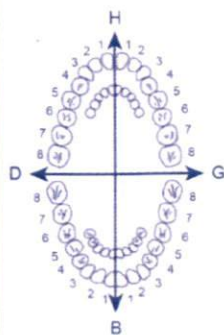


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le paiement des Actes
23/01/22	m-b Hospitalisé	CG		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES IRISSES Dr. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Alger (Angle Rue Molitor) Tél : 05 22 36 24 79	25/11/22	512,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE ANESTHÉSIOLOGIQUE 5, Rue Mokri - Casablanca Tél : 05 22 39 40 41	23/01/22	FD7	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<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> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique Al Massira

مصحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

28.01.2021

7 MARLINE Tm

27.70

CARD AG

81.00

h'mour 2m

63.30

TRITAZIN 10/20 11

134.80

Neohy 1/200 19 09

160.00

+ Cerebri 1

PHARMACIE LES IRISSES
DE LEMSEFFER Malak
158, Boulevard d'Anfa
(angle Rue Molière)
Tél : 05 22 36 24 79

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd d'Anfa) - Casablanca
Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G.) - Fax : 05 22 39 14 15

CLINIQUE AL MASSIRA
Rue Mokri - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41
Fax: 05 22 39 14 15

Dr. JAHJ BENKRANE
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI
Tél: 05 22 39 40 41 - Casablanca

Cardioaspirine 100 mg/100 mg
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

LOT 201536
EXP 06 2024
PPV 134.80
134,80

LOT 19123/B 3
EXP 09 2023
PPV 81.00 DH

63,30

PPV : 160DH00
Lot n° :
Exp :

45.47

DUPHALLAC
STROP

Sr2.20

PHARMACIE LES IRISSES
DR LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
Tel. : 05 22 36 24 79



مصلحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

Casa le 23/1/22

Dr. JAHJ BENKIRANE
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI
Tél: 05 22 39 40 41

M. JAHJAN ANA

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Mokri - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41
Fax: 05 22 39 14 15

Tom CEREBONE

Dr. JAHJ BENKIRANE
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue Ahmed MOKRI
Tél: 05 22 39 40 41

Casablanca LE 23/01/2021

FACTURE N°: 054

Mme JABLIN MINA

Examen réalisé

TDM CEREBRALE

1500,00dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinq cents dirhams.

CLINIQUE AL MASSIRA
RADIOLOGIE
5, Rue Mokri - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41 - Fax: 05 22 39 14 15

CASA Le, 23/01/2021

COMPTE RENDU DE Mme JABLIN MINA
Dr BENKIRANE

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE :

Examen réalisé en acquisition séquentielle par des coupes jointives de 3mm sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Atrophie cortico-sous corticale sous forme de dilatation des sillons et des ventricules aussi bien sous que sus tentorielle.

Par ailleurs, large zone d'hypodensité fronto-temporale gauche et cérébelleuse droite.

Les structures médianes sont en place ainsi que le V4.

Absence de collection ou de saignement intra ou péri cérébraux.

CONCLUSION

AVC ischémique fronto-temporal gauche et cérébelleux droit.

Atrophie cortico-sous corticale.

A contrôler dans 72h.

CLINIQUE AL MASSIRA
RADIOLOGIE
5, Rue Ahmed MOKRI - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 41 - Fax: 05 22 39 14 15
Dr N. MARHOUM
RADIOLOGUE