

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-634140

75558



Mutuelle de Provocation
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>12365</i>	Société : <i>Royal Air Maroc</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>GHANTI IMAD</i>
Nom & Prénom : <i>GHANTI IMAD</i>			
Date de naissance : <i>13/07/2021</i>			
Adresse : <i>Lotissement Nassim résidence les chênes 1 Im 81 Agpt 14 Casablanca</i>			
Tél. : <i>06 62 76 60 24</i>	Total des frais engagés : <i>550,81</i> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
<i>Pr. ADNANE El Hema Pédiatre Allal Rochid Casablanca</i>	
Date de consultation : <i>20/05/2021</i>	Nom et prénom du malade : <i>GHANDI HALA</i>
Age : <i>1</i>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <i>Pratiquant + Practice</i>	
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 : *Casablanca*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *07/06/2021*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

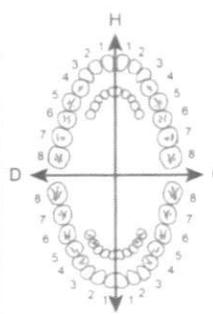
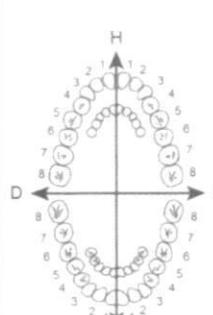
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, 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"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		

IMAD GHANMI
M&L: 12365

; A l'amiable Mather de la MUPKAS

Objet: circonstances de la fracture de ma fille HALA GHANMI

Je tiens à vous informer que la fracture du bras de ma fille a eu lieu dans notre demeure sit à me date du 10 mai 2021.

IMAD GHANMI



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **58 010 / 2021** du **20/05/2021**

Nom patient : **GHANMI HALA**

Entrée **20/05/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/05/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de pédiatrie	1,00		300,00	300,00
- Radiographie Avant bras face profil	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	550,00
PHARMACIE				
	1,00		7,80	7,80
			Sous-Total	7,80
Total Frais Clinique				557,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

Total **557,80**

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	250,00	307,80	557,80	0,00

Dr. M'hamed Attiaoui
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 00 44 77
 Mail: contact@fckh.tn
 MP: 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE**27/05/2021
16:42

Nom Patient :	GHANMI HALA	Numéro dossier :	2100346119		
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
20/05/2021	BANDE DE CREPE 15CM	1074624	1,00	7,80	7,80
Total pharmacie				7,80	

Opéra de Lérida - Espagne
Tél.: 05 15 01 53 42
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@fckm-hp.com
N° ICP 0910061962

Casablanca, le 20/05/2021

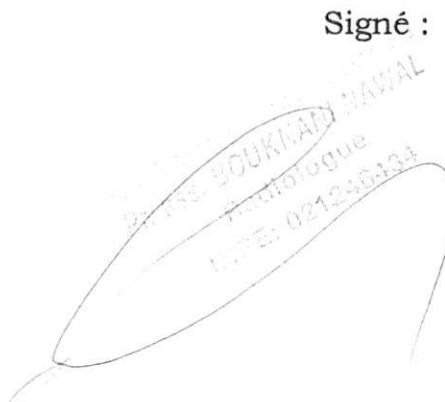
PATIENT : GHANMI HALA

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT F/P

- o Fracture de l'extrémité distale du radius
- o Minéralisation normale des structures osseuses.
- o Respect des interlignes articulaires.
- o Absence d'épanchement intra-articulaire radiographiquement décelable.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**





Coller Etiquette De BAF



2100346119 / 150627100212KH
Prénom : HALA
Nom : GHANMI
DDN : 30/05/2013 E: 20/05/2021
Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....
.....
.....

● RADIO STANDARD : *Admission fracture* *Ibn Rochd*

FACE

PROFIL

● ECHOGRAPHIE :

● SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

● IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Pr. ADNANE Saima
Pédiatre
CHU Ibn Rochd Casablanca