

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° M21- 0050097

8 310 8

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE ELORTOUANE Apt 5. Hay

RAH (Beauséjour) CAS

Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 1900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR HADDAD Wafaa
Professeur en Anesthésie
Réanimation

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Infection Bronche-pulmonaire

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 : CAS Le : 16 / 03 / 21

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
16-08-81		CS	400 DH	

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
	16-08-81	TDM Prothèse	1500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

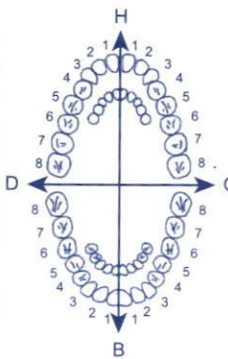
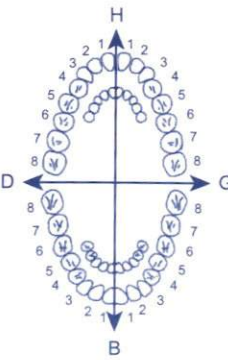
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 16-08-2021

NOM/PRENOM: AJAF Otmane

✓ ECG

✓ TDM THORACIQUE

Dr. KADDAD Wafaa
Professeur en Anesthésie
Réanimation ①

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 16-08-2021

Facture N° 03716/21

A. Identification

N° Dossier : VNC21H16161628

N° Identifiant : 005075/21

Nom & Prénom : M. AJAL OTMANE

C.I.N : B543752

Adresse : 95 RUE ORJOUANE ETG 3 APT 5 HAY RAHA CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-08-2021

Date Sortie : 16-08-2021

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOULAY DRISS

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						1 900,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		1 900,00	

MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

GIMES DAVINCI
Clinique de Vinci 2
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 002334512000037



Ordonnance

Date : 12/08/2020

Nom et Prénom : ~~M. Agac~~ Othmane

1 - Plaquenil 200 mg

1 cp x 2 fois / jour pendant 10 jours (toutes les 8h)

2 - Azthromycine 500 mg cp

• 1 cp j1
• 1/2 cp de j2 à j7 } au milieu des repas

3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

5 - D-cure forte

1 amp /semaine pendant 3 semaines

6 - Cardioaspirine 100 mg

1 cp /j pendant 10 j



16/08/2021

PATIENT : AJAL OTMANE

PRESCRIPTEUR: DR. SENTISSI MOULAY DRISS

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Présence de petites opacités en verre dépoli de siège sous pleural du Fowler droit.

Absence de condensation parenchymateuse.

Absence de DDB.

Absence d'épanchement péricardique médiastinal ou pleural.

Quelques ganglions pré vasculaires et de la loge de Barety de taille millimétrique.

Calibre normal de l'aorte des gros vaisseaux pulmonaires et de la veine cave supérieure et inférieure.

CONCLUSION :

Scanner thoracique évocateur d'une pneumopathie interstitielle bilatérale d'origine virale (COVID-19) vu l'état pandémique (CORADS 5).

Atteinte minime évaluée à 0.3 %.

Merci de votre confiance.

DR. BEN MOULA

CLINIQUE DE VINCI
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 002334512000037