

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.

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° M21- 067224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 139 Société : 90721

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRANT Abdel Red

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES													
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.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
VOLET ADHERENT NOM : <u>BEKKARI Camel D</u> Mle <u>519</u>													
DECLARATION N° <u>W17-109600</u>													
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
	<u>7500</u>	<u>1</u>											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W17-109600	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>519</u>	
Nom & Prénom <u>BEKKARI Camel D</u>			
Fonction : <u>CND</u>	Phones <u>0664042207</u>		
Mail <u>Camel@bakkari.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>BEKSIKARI HASSIMA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>30.06.2011</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>low m.w. 2 coplins</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>Fad-v2</u>	<u>111881h</u>	<u>70000</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

COPIE

donner
à
l'adhérent
pour
complément.



Casablanca, le

CORONAROGRAPHIE

30/06/2021

Madame Bekkari Hakima

TECHNIQUE

Voie d'abord: Artère fémorale droite - 5 French

Produit de contraste utilisé: Ultraviste : 40 mL

CORONAROGRAPHIE

Réseau coronaire gauche :

Tronc commun: de longueur normale sans sténose

IVA: L'artère interventriculaire antérieure de bon calibre contourne la pointe ne présente pas de sténose sur l'ensemble de son trajet.

Circonflexe: Dominante de bon calibre donne naissance à une belle marginale. Présente une plaque de 30% sur la CX proximale avec un bon lit d'aval

Réseau coronaire droit :

De bon calibre sans sténoses.

CONCLUSION

Lésion de 30% sur la CX proximale avec un bon lit d'aval

Dr. Marouane ALLOU
Spécialiste des Maladies Cardiovasculaires
Tél : 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 30-06-2021

Facture N° 12188/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21F30070352

N° Identifiant : 046898/21

Nom & Prénom : Mme BEKKARI HAKIMA

C.I.N : C0000000

Adresse : ANFA CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BEKKARI HAKIMA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-06-2021

Date Sortie : 30-06-2021

Médecin traitant : DR . ALLOUCH MAROUANE

Traitement : CORONAROGRAPHIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	CORONAROGRAPHIE		7 500,00			7 500,00
Total Rubrique :						7 500,00
PARTIE CLINIQUE :						7 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 7 500,00

SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		7 500,00 Dh	0,00 Dh

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma