

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.

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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° M21- 0018826

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AZHAR Mohamed
Date de naissance : 23/07/1959
Adresse : 58, Loh. Al Adalim, Sidi Naamf, Casa
Tél. : 0663084765 Total des frais engagés : 763,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 8
Angle Route d'Azemour
Bvd Sidi Abderrahman Casablanca
Tel: 0522 89 36 88/95
Date de consultation : 20/11/2021
Nom et prénom du malade : El Azhar Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Chute sur le dos
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 Le : 06/12/2021
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 Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/21	Q2		25900	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/21	383,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/21	2 13	130,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

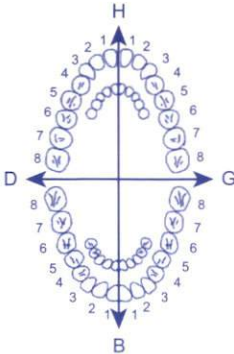
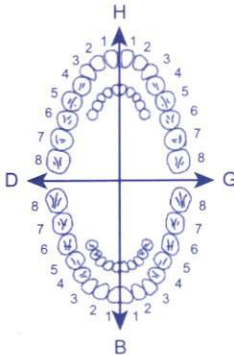
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																
					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><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	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	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



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

El Azhar Hedy

Casablanca le :

20/11/21

53,10

1) Relaxol



22,20

2) Codelipiane

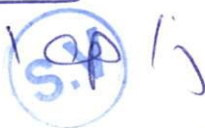


108,65

3) Osteocare



79,50



4) Dz Nour

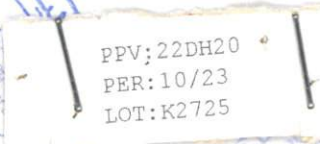
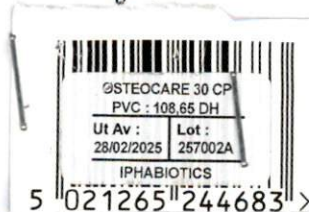
5 goulles / j



Angle Route D'Azzemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

5) Enplatre auverre



383,45 1mas

30,100 x 4 = 120,00

Lot:

200885

A consommer

avant le:

01/2024

PPC: 79,50 DH

20/11/2021

Casablanca, le

Facture N° 3851/11/2021

Nom patient : EL AZHAR MOHAMED

Examen(s) réalisé(s) : RX GRIL COSTAL FACE

Date Examen(s) : 20/11/2021

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MONTANT TOTAL :
CENT TRENTE DIRHAMS

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13
RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

El Agha Mohamed

Casablanca le :

20/11/21

Check sur le dos
avec douleur costale droite
au niveau post.

⇒ Rx de p^{er}ill costal
de face

Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane Casablanca
Tel : 0522 89 38 88/95

10 Imm Communal Route d'Azemmour
el Bd Sidi Abderahmane - Casablanca
Tel : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3^{ème} étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

20/11/2021

PATIENT : Mr. EL AZHAR MOHAMED
MEDECIN TRAITANT : HOUDADR IBN ABDELJALIL
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX GRIL COSTAL FACE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.

Rx. GRIL COSTAL FACE

- ❖ Fracture non déplacée de l'arc postérieur de la 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} côtes droites.
- ❖ Silhouette cardio médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie parenchymateuse pulmonaire.

Contraternellement
DR N. FARIS

R
A
D
I
O

P
A
N
O
R
A
M
I
Q
U
E

D
E
N
T
A
I
R
E

N
U
M
É
R
I
S
É
E

D
O
P
P
L
E
R

C
O
U
L
E
U
R

E
T

E
N
E
R
G
I
E