

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 rééducation.
- 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° W21-681172

109460

par courrier

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abdelmouni Rachid

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hepato-Gastro-Entérologie
26 Bd Echouhada
(en face polyclinique CNE)
Tél. 05 36 68 66 18

Date de consultation : 12 JAN 2022

Nom et prénom du malade : Abdelmouni Rachid Age : 65

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

Nature de la maladie : Co Ropatie

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 : OUESSA

Le : 23/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-681172

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3550
Nom de l'adhérent(e) : ABDELMOUMINI
Total des frais engagés : 2000.00
Date de dépôt : 23/03/22

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
22 JAN 2022	07		200,00	Dr. ZIZI Mohamed Hépatogastro-entérologie 25 Bd Echouhada (en face polyclinique CNS)

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
	22 JAN 2022	colosp	1800,00

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

VOLET ADHERENT

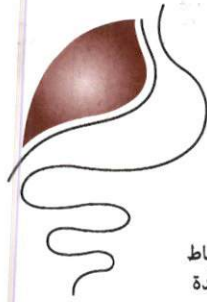
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

REL																		
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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Mohammed ZIZZI
Spécialiste en Hépatogastro-
Entérologie et en Proctologie

Endoscopie digestive
Echographie abdominale

Ancien médecin Spécialiste au CHU Ibn Sina - Rabat
Ancien médecin chef à l'hôpital Al Farabi - Oujda



الدكتور محمد زيزي
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد - المعدة - الأمعاء)

المنظار الداخلي.
الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية.
علاج أمراض الشرج و البواسير.

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا ، الرباط
رئيس قسم الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى الفارابي، وجدة

وجدة في : 22 JAN 2022 Oujda le :

Nom : ABdel mouni Rachida

facte:

Ant
Calosapi

200

180

2000,

Dr. ZIZZI Mohammed
Hepato-Gastro-Enterologie
26 Bd Echouhada
(en face polyclinique CNSS)
Tél: 05 36 68 66 18

إقامة الحاجة ربيعة، 26 شارع الشهداء، الطابق الأول ، شقة 1 ، فوق صيدلية بوليكلينيك و قبالة CNSS وجدة
Imm Hajja Rabia, 26 Bd Echouhadae, 1er étage, appt 1, au-dessus de la pharmacie Polyclinique
(en face de la polyclinique CNSS) - Tél: 05 36 68 66 18

Dr. Mohammed ZIZZI

Spécialiste en Hépto-Gastro-Enterologie et en Proctologie

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Ancien médecin Spécialiste au CHU Ibn Sina - Rabat

Ancien médecin chef à l'hôpital Al Farabi - Oujda



الدكتور محمد زيزي

**إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد - المعدة - الأمعاء)**

المنظار الداخلي.

الفحص بالأموح ما فوق الصوتية.

علاج أمراض الشرج و البواسير.

**طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا ، الرباط
رئيس قسم الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى الفارابي، وجدة**

Compte rendu de coloscopie

Nom : Abdelmoumni Rachida

Age : 65ans

Date : 22 /01/2022

Appareil : Vidéo colonoscopie Olympus EVIS 180

Préparation peg 4 litres score de boston :6 (2,3,1)

Renseignement clinique : douleur abdominale et constipation chronique,

Inspection : anite hémorroïdaire, pas de fissure, pas d'orifice fistuleux

Touche rectal : tonicité sphinctérienne normale, doigtier propre pas de sang

Endoscopie : Ascension faite jusqu'au bas fond caecal , mauvaise préparation

sur dolichocôlon, la muqueuse au niveau des différents segments coliques

examinés est sans particularité.

Anite hémorroïdaire.

Conclusion :

-Dolichocôlon

-Anite hémorroïdaire

TRANSYL

Dr. ZIZZI Mohammed
Hépto-Gastro-Enterologue
(Chercheur CNSS)
Tél: 05 36 68 66 18
Tél: 05 36 15 22 90