

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-705653

MASS

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1308	Société : Retraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Larabi Mohammed
Nom & Prénom : Larabi Mohammed			
Date de naissance : 24/04/49			
Adresse : 24, Rue Lahsen OMAR OASIS			
Tél. : 052229812722	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS
18 MAI 2009
ACCUEIL **H. HAKANI**

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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-705653
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 :	Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :	Date de dépôt :

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 403139

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A ... , le ... / ... / ...

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du Médecin



VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
3-12-2021	U		5	Dr. Toufik Toufik Essakalli Oncologue / Radiothérapeute NPE : 091187302

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	06/06/2021	Noirfachur	650 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca, le ٢٠١٢ - ٢٠٢١

Mr. Bouabi Mohamed

1) Bilan conditionnel FF

2) pose de l'ambulance de
minis



~~Dr. Loubna
Toufik Bissakalli
Oncologue / Radiothérapeute
INPE : 091187302~~

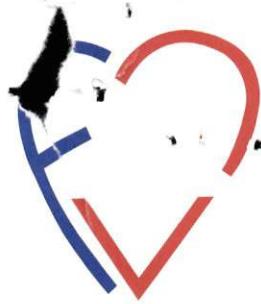
clinique amdis
France Ville
D2 Hauan sajid'

05 22 23 26 27

Badia



Dr Loubna
Toufik Essakalli
Oncologue / Radiothérapeute
INPE: 091187302



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرنس قيل

Le 6/12/2021.

Compte Rendu Echographie Cardiaque: MR Mohammed Lakabi

- . VG non dilaté (DT) : 51mm la parois non hypertrophiques
- . (SIV=6mm | PRSE=7mm), Cinchage segmentaire et globale.
- . Considérant la fonction systolique évaluée au SBP à 66%.
- . Anomalie de la relaxation au doppler mitral, PRNG basses.
- . Anomalie de la relaxation au doppler mitral, PRNG basses.
- . VD de taille et de fonction systolique préservée TAPSE=20mm.
- . IT minime estimant la PAPS à $18 + 5 = 23 \text{ mmHg}$.
- . Massif auriculaire non dilaté, litre d'échos SOG, 16cm².
- . VM fins et compliants.
- . VAO à 3 cusps non sténosante et non fuyante.
- . Aorte thoracique de bon calibre sur les segments analysés.
- . Décollement Péritonéal minime faisant l'immobilisation VG et abdominal RetroADD sans signes de pénétration de.
- . VCI fin et Compliant.

Au total - VG de taille et de fonction systolique préservée FE 66%
- Décollement Péritonéal (concernant le minime)

R. JIHANE
CARDIOLGY
GUARANTY
OUARZAZATE
Boulevard Abu Bakr Al-Siddiq
N° 5, 3ème Etage
Casablanca - GS
Téléphone : 0522 23 26 27
E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com
Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Naim
Naïm
Marrakech
Téléphone : 0522 23 26 27
E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com
Site Web : www.cliniquefranceville.ma

393, Boulevard Chandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 · Fax : +212 522 99 30 26 · Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com · Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. LARABI MOHAMMED
Séjour : Du 06/12/2021 au 06/12/2021

FACTURE
202108934
Du : 06/12/2021

Etablie par : I. NAJIA

Clinique

	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
	ECHOGRAPHIE DOPPLER CARDIAQUE	1	650,00	650,00
TOTAL CLINIQUE				650,00

Encaissement Compte d'Autrui

	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI				0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I.

Arretée la presente facture à la somme de SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	650,00

PAYE PAR CHEQUE
N°1211138 SUR... B.M.C.I
DE

