

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

- 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 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° W21-718738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13104 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JDIT IMANE

Date de naissance : 25/07/1989

Adresse : Bonhama, Dian Al Andalous 3, Résidence Jamini, Im 7A, App 16

Tél. : 0661 112219

Total des frais engagés : 1839,36 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : JDIT Imane

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

Nature de la maladie : Céphalées aiguës

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 : Bonhama Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08/11/78	soins infirmiers	12	88 236	INP: 1101187334 DR. BERTU AZIZ Chef de service Hôpital de la Santé

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

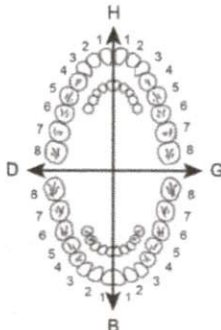
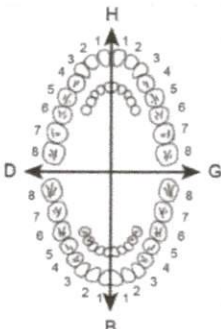
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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

SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300227410

N° : 1144 / 2023 du 08/01/2023

Nom patient	JDII IMANE	Entrée	08/01/2023
	PAYANTS	Sortie	08/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Scanner cerebral	1.00		1 500.00	1 500.00
			Sous-Total	1 800.00
PHARMACIE	1.00		32.36	32.36
			Sous-Total	32.36
Total Clinique				1 832.36

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 832.36
MILLE HUIT CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS TRENTE-SIX CENTIMES		

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

09/01/2023
01:03

Nom Patient : JDII IMANE

Numéro dossier : 2300227410

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
09/01/2023	CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	98975	1,00	13.10	13.10
09/01/2023	MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10	0	1,00	7.87	7.87
09/01/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
09/01/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.44	1.44
09/01/2023	INTRANULE G 22	0	1,00	2.37	2.37
09/01/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6.41	6.41
09/01/2023	SERINGUE 2.5ML	0	1,00	0.73	0.73
Total pharmacie					32.36

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences A
090003724



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient: JDII IMANE
Type d'examen: Scanner cerebral
Médecin traitant:

Date: 08/01/2023

:

TDM CEREBRALE

Technique : Acquisition spiralee avec RMP sans injection PC/IV.

Résultat :

- ☐ Absence d'anomalie de densité parenchymateuse sus ou sous tentorielle.
- ☐ Absence de collection juxta-osseuse
- ☐ Absence de syndrome de masse
- ☐ Structures de la ligne médiane en place.
- ☐ Système ventriculo-cisternal de situation et de morphologie normale.
- ☐ Aspect normal des angles ponto-cérébelleux et du tronc cérébral.

Au total :

Aspect TDM sans anomalie notable.

Confraternellement,
Dr LAFHEL S.

Dr. SARAH LAFHEL
RADIOLOGUE



210621110305CH

JDII IMANE

Admission du : dimanche 08 janvier 2023

Ordonnance

(08/01/2023,08/01/2023) CONSULTATION _SO_ [PR. AASFARA JEHANNE]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
08/01/2023	Scanner cerebral	1	DR EL HAJJAM



090063728