

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 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° W21-693204

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAKI ABDELAZIZ
 Date de naissance : 1940
 Adresse : MARISTANE 3 AMARCHICH N° 189
MARRAKECH
 Tél. : 0610187082 Total des frais engagés : 742,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéiz Marrakech
Tél. : 05 24 44 88 53
ICE : 00185249000044

Date de consultation : 21 NOV. 2022
 Nom et prénom du malade : RAKI Abdelaziz Age : 83 ANS
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : hypertension artérielle
 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 : MARRAKECH Le : 21 NOV 2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-693204

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 : 1191
 Nom de l'adhérent(e) : RAKI
 Total des frais engagés : 742,80
 Date de dépôt :

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
21 NOV. 2022	G		100	 IMP: [Stamp] ICE: [Stamp]
21 NOV. 2022	LCR		200	
	Substitut			 DR. SAADI GUELIZ MATRAKCH 24 44 83 53 0000044

[illegible][illegible]

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

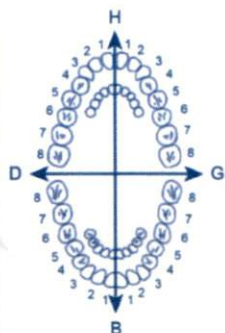
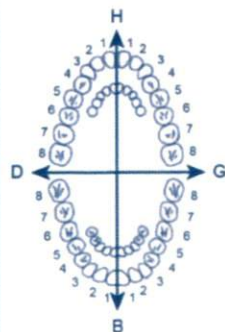
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Marrakech, le : 21 NOV 2022

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

M. RACI Abdelaziz



147.60 X 3

Flotzel 10

0. 0. 1

442.80

98 3ms

PHARMACIE MANISS
SARAU
12, Herdano 11 Marrakech
Tél : 05 24 44 88 53
ICE 00185249000000

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 88 53
ICE 00185249000000

CABINET D'EXPLORATIONS UROLOGIQUES

Dr SAADI

Chirurgie urologique PMA

Echographie vésico rénale

Nom : RAKI Abdelaziz

21 NOV. 2022

REIN DROIT :

Est en position lombaire normale avec un axe bipolaire de 97 mm.

Ses cavités urétéro-pyélo-calicielles sont fines.

Il n'a pas été relevé de lithiase ni kyste cortical .

La différenciation cortico-sinusale est bonne

LE REIN GAUCHE :

Est en position lombaire normale avec un axe bipolaire de 101 mm.

Ses cavités urétéro-pyélo-calicielles sont fines.

Il n'a pas été relevé de lithiase . **Gros kyste cortical simple de 71mm .**

La différenciation cortico-sinusale est bonne.

LA VESSIE :

La paroi est peu épaissie sans RPM, la capacité normale et le contenu transsonique.

Il n'a pas été mis en évidence de lésion pariétale endo-luminale suspecte.

Les zones cervico-trigonale et méatique sont libres

PROSTATE :

HBP homogène de 67g PSA récent à 5,62ng/ml

Dr. SAADI
Chirurgie UROLOGIQUE
6, Rue Mauritanie - Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 88 53
ICE : 00125249000044

