

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 l'Horizon
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° W21-788428

1581428

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 227 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKKA AICHA

Date de naissance : 05-10-01-1950

Adresse : 35, KST Rue 3 1ST Gyneco
Casablanca

Tél. : 0529114465 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31-03-23

Nom et prénom du malade : AICHA DAKKA Age : 73

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

Nature de la maladie : hémorragie Basine

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

31/03/23	Van Faite		1015,91 DH	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
----------	-----------	--	------------	---

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
---	------	------------------------------	------------------------

Cachet et signature du Particien	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.

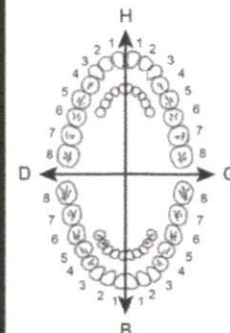
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

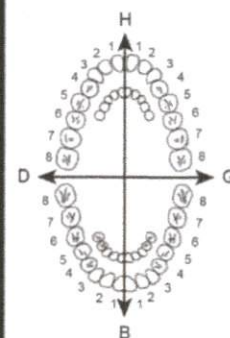
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N°

0/34

B.P.DH

41 60 M

Reçu de M.

me/ DAKKA AICHA

de

de 1/2

pour

me/ 1/2

la somme

MIFTAH ASSISTANCE
SARL (AU)
OP Cite Essalaz, CH 5 Imm 31 Oulfa
Casablanca

Signature

31/03/2023
Gem: 0665 81 84 84 + 0611 23 64 61

20 23



230331223213C.

DAKKA AICHA

Admission du : vendredi 31 mars 2023

Ordonnance

(31/03/2023,31/03/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
31/03/2023	Radiographie du bassin sous une incidence	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Radiographie de la hanche sous une incidence	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Supplement pour incidence radiographique supplempe	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Supplement pour incidence radiographique supplempe	1	DR ADIL MOUH
31/03/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR ADIL MOUH

Hopital Universitaire Internationale Mohammed VI
Professeur - Assistant - Urgentiste
CHOUAIB NAOUFAL
224392



090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient: DAKKA AICHA
Type d'examen: Radiographie de la main
Médecin traitant:

Date: 31/03/2023

:

Rx HANCHE GAUCHE

Renseignements cliniques : Traumatisme

Résultats :

- Fracture basi capitale fémorale gauche avec rupture de la corticale et déplacement minime.
- Respect de la congruence articulaire
- Respect de l'interligne coxo-fémorale .

Confraternellement,

Dr LAFHEL S.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

Nom du patient: DAKKA AICHA
Type d'examen: Radiographie de la hanche
Médecin traitant:

Date: 31/03/2023

:

Rx MAIN G FACE ET PROFIL

- Pas de trait de fracture nettement décelable.
- Absence de lésion osseuse focale condensante ou lytique suspecte
- Interligne articulaire respectée.
- Surfaces articulaires régulières.
- Absence de calcifications des parties molles.

Confraternellement,

Dr LAFHEL S.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300238788

N° : 12849 / 2023 du 31/03/2023

Nom patient	DAKKA AICHA	Entrée	31/03/2023
	PAYANTS	Sortie	31/03/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation initiale d'urgentiste	1.00	K	300.00	300.00
Radiographie du bassin sous une incidenc	1.00		180.00	180.00
Radiographie de la hanche sous une incid	1.00		180.00	180.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
			<i>Sous-Total</i>	940.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		75.91	75.91
			<i>Sous-Total</i>	75.91
Total Clinique				1 015.91

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE QUINZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-ONZE CENTIMES

Total 1 015.91

AICHA DAKKA

38, Rue 3 Lot Guynemer

CASH - ANFA

0679114465

Aicha@medhous.com

MAIRAS

objet: déclaration d'une chute et fracture du col de fémur

Madame, Monsieur,

Je voudrais informer ma mutuelle de ma chute dans mon domicile qui a entraîné un traumatisme important et la fracture du col de fémur le 31-MARS-2023. Je suis actuellement en traitement pour cette opération qui consiste en une prothèse partielle et le processus de guérison peut prendre un certain temps.

Je voudrais demander à ma mutuelle de m'assister dans ce processus dans la mesure du possible. Une prise en charge a été demandée le 26- AVRIL-2023 avec un dossier complet de la clinique.

Je vous remercie de votre attention à cette question et je suis impatient de recevoir une réponse.

Cordialement,

Aicha DAKKA

