

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'H
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
M23-008470

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : R.A.M. 16001A
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMID
Date de naissance : 16-04-1952
Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAH ZAK -
CASABLANCA
Tél. : 0661973492 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HADDANI SALAH
Médecin Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091070466

Date de consultation : 27/04/2023
Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHAMID Age : 70 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Multiples lithiases rénales Drites
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) : Le : 27/04/23

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
27.06.23	Cs		300,00	Docteur HADDANI SAMAH Médecin Anesthésiste Réanimateur INPE: 094070466

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

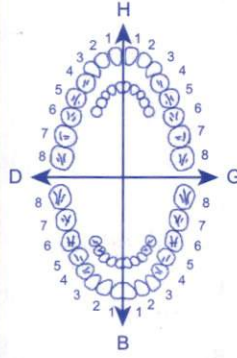
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

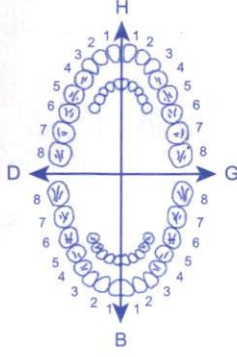
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
				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"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Dr Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de l'Association Française d'Urologie

Chirurgie des voies urinaires et organes génitaux
Coelioscopie, Endo-urologie
Lithotripsie extra-corporelle, Urétéroscopie souple laser
Stérilité Masculine, Impuissance
Echographie urinaire, Fibroscopie urinaire
Circoncision

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير
تفتيت الحصى بالأشعة
الأمراض التناسلية و العقم عند الرجال
الفحص بالصدى
الفحص الداخلي بالتنظير
طهارة الأطفال

Casablanca, le 19/04/2023

Cher Confrère,

Je vous remercie de voir en consultation pré-anesthésique
Mr MEGZARI Abdelhamid, 71 ans, en vue d'une urétéroscopie souple
laser pour multiples lithiases rénales droites et lithiase urétérale
droite de 11 mm.

Confraternellement,

Dr Adil EJ-JENNANE

Dr. Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
10 Bd Bordeaux - 91140 - 63
Casablanca - Tél: 06 18 62 00 63
adil.ejjennane@gmail.com

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 27-04-2023

Facture N° 12783/23				C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : COC23D27104340 N° Identifiant : 039064 Nom & Prénom : M. MEGZARI ABDELHAMID C.I.N : B113181 Adresse : adresse				Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 27-04-2023 Date Sortie : 27-04-2023			
Médecin traitant : DR. HADDANI SALAH				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
						0,00	
PARTIE CLINIQUE :							
HONORAIRES ANESTHESISTES							
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :							
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00	

TROIS CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

