

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

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° P19-0001845

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7014 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

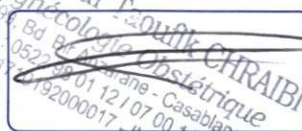
Nom & Prénom : HALIMI Nouredine Date de naissance : 6.4.63

Adresse : BORDJ BOULEVARD 256 CASA

Tél : 0663717000 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI FATIMA ZAHRA Age : 34 ans

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

Nature de la maladie : AFFECTION OBSTETRICALE

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 Le : 2 / 11 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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
17 09 19	C2		300 04	

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
	01/10/19	2/100	100004

AUXILIAIRES MEDICAUX

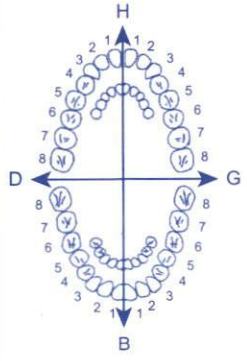
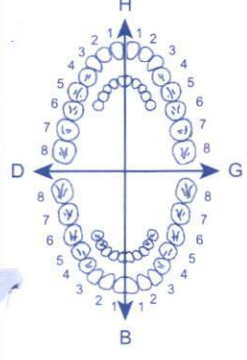
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom & prénom : CHOALI Ep HALIMI FATIMA ZAHRA

FACTURE N° : 19/017736

Date : 01/10/2019

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ECHOGRAPHIE MORPHOLOGIQUE T2	1 000,00
	<u>Total Montant</u>
	1 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:
MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 01/10/2019

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Professeur Taoufik Chraïbi

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EX-ENSEIGNANT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA

الدكتور توفيق الشرايبي

أستاذ مبرز
إختصاصي في طب النساء والتوليد
أستاذ سابق بكلية الطب

17/09/2019

Casablanca, Le

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

MME CHOALI FZ

(DDR estimée au 25/03/2019)

(DC :08)

- Grossesse monofoetale évolutive
- Terme théorique : 24 - 25 SA
- Biométrie : 24 - 25 SA
- EPF à 750 g (50 pc)
- Liquide amniotique en quantité normale pour le terme.
- Placenta normo inséré de grade II
- Exploration fonctionnelle fœtale satisfaisante ce jour

Professeur Taoufik CHRAÏBI
Gynécologie - Obstétrique
199, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 0522 98 01 12 / 07 00 14 01 48
ICE: 0017 152000017 - INP : 091043091

199, Bd. Bir Anzarane, Rés. El Walida - 1^{er} étage - Appt n°5 - Casablanca - Tél. : 05 22 98 01 12
WhatsApp : 0700 140 148 - En cas d'urgence : Clinique les Papillons : 05 22 98 20 21 - 06 67 37 85 85
199. شارع بئر أنزران - إقامة الوالدة - الطابق الأول - الشقة 5 - الهاتف : 05 22 98 01 12 - واتساب : 0700 140 148

mindray

Pr. CHRAIBI Taoufik

17/09/2019

12:02:07

AP: 100%

MI: 0.9 TIC: 0.2

CHOALI FZ GA/LMP: 25w1d

3C5A

082.3

OB Meas

✓ RPD

✓ HC Ellipse

✓ AC Ellipse

FL

early OB >>

Advance OD >>

Fetal Heart >>

M

AC 21.38 cm 64.8 %

GA 25w6d ± 2w1d



60.62

BRT : + 1 CNT : + 1 GMA : 4