

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035398

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 352

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAARAJ Mohamed

Date de naissance : 1942

Adresse :

Tél. : 0666 119462

Total des frais engagés :

32500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2019

Nom et prénom du malade : LAARAJ Mohamed Age: 77

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Transfusion Crâniennes Hydrocephalic

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 : CASA

Le : 30/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

J. T. Po

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous l'i confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

6 ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelons
s le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS 860523

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAARAT M'hamed

Matricule : 352 Fonction : Retraité Poste :

Adresse :

Tél. : 06.66.11.94.62 Signature Adhérent : z-p

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAARAT M'hamed Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Malaise + Traumatisme d'aujour

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A GA, le 16 / 08 / 2013 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVE 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
16/09/19	Ce		4000,00	Professeur Hicham EL OULMANI Neurologue Najat Jerrada Oasis ix : 05 22 23 81 81 Tel : 06 67 47 33 11
22.08.19	Ce		3000 DT	
23.08.19	Ce		3000,00 DT	

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
ULL DE CASSA 117 Service Rue Barcelone (Catalunya) 11 Cochet	16-01-19	TOM cerebral	1500,00

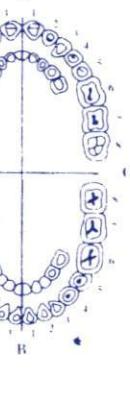
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></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		00000000	00000000	B	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

DOCTEUR ABDELKARIM HOUDI

NEUROCHIRURGIEN

Diplômé de l'Université de Bretagne Occidentale

Brest - France

Ancien chef de clinique associé au CHU de Brest
Chirurgie Cérébro - Vasculaire. Chirurgie du Rachis
et de la douleur. Microchirurgie - Laser.

Endoscopie cérébrale

Neurochirurgie Pédiatrique

Membre de la société de Neurochirurgie de Langue Française et de la Société Francophone d'Etude et de Recherche sur la Douleur



مصححة الجهاز العصبي

الدكتور عبد الكريم هويدى

حراحة الدماغ والأعصاب

وأعمود الفقرى

خريج كلية الطب ببراست - فرنسا

جراحة الألم والجراحة المجهارية بأشعة الليزر

جراحة الدماغ بالمنظار

جراحة الأعصاب والدماغ للأطفال

عضو في الجمعية الفرنكوفونية في جراحة الدماغ

الأعصاب وفي الجمعية الفرنكوفونية

للدراسة والبحث في علم الألم

Casablanca le : 16/8/2019

MR LAARAJ Red

Alaose- + TC - deg 1
patient Hydrocephole non
valves opere en 2011
d'm sol ex HTIC.

Tom Cereb (-c)

Site Web : www.neuroclinique.com

Angle rue de l'Isère et rue N°2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)

Fax : 05 22 85 21 84 • E-mail : karimhoudi@neuroclinique.com • JCE : 001524581000009



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

16/08/2019

Casablanca, le

Docteur :

FACTURE 0079/8/19

NOM ET PRENOM : Mr LAAREJ MOHAMED

CS DR HOUIDI : 400.00
TDM cérébrale : 1500.00

MONTANT GLOBAL : 1900,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
« MILLE NEUF CENTS DIRHAMS »

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crèches-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. LAARAJ
MOHAMED

DATE DE NAISSANCE : 01/01/1942
19H2319455



Reçu N°: 21845

Paiement du 23/08/2019 13h35

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL HARIRI MOHAMED le 23/08/2019
13h35



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

16 août 2019

COMPTRE RENDU DE Mr LAARAJ Mohamed

Casablanca, Le

TDM CEREBRALE

INDICATION

Malaise avec traumatisme crânien chez patient de 77 ans ayant une hydrocéphalie non valvée et opéré en 2011 d'un HIC.

TECHNIQUE

Examen réalisé sur G.E optima, sans injection de PDC, par une spirale sur l'ensemble du cerveau et reconstructions dans les trois plans de l'espace

RESULTAT

En sus tentoriel, hypodensité frontale gauche séquelle de l'hématome intra cérébral opéré.

Atrophie corticale.

Dilatation ventriculaire sus tentorielle compatible avec une hydrocéphalie à pression normale.

Dr KAHHAK M.H

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crèches-Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca