

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.

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.

Optique :

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

Educations :

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.

Prothèse 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

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



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 19462 Total des frais engagés : #2500# 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 : Transitoire Crânién
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Hydrocephalie

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) : JLPo

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 couvrant 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 kinésithérapeute
- 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 pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'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



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 860523

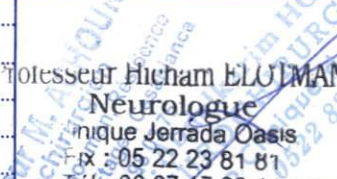
A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAARAJ Mohamed
Matricule : 352 Fonction : Retraité Poste :
Adresse :
Tél. : 0666 14 94 62 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAARAJ Mohamed Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : MALADIE + Traumatisme crânien
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A CASA le 16 / 01 / 2013 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois


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
16/08/19	C		400,00	 Docteur Hicham ELUIMANI Neurologue Clinique Jerrada Oasis Tel : 05 22 23 81 81 Fax : 06 67 17 33 11
22.08.19	C		300,00	
23.08.19	C		300,00	

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
 DR. ELADI LABORATOIRE DE RADIOLOGIE 11, rue de l'Indépendance 10600 Sétif Tel : 03 22 23 81 81	16-08-19	TOM cervical	1500,00

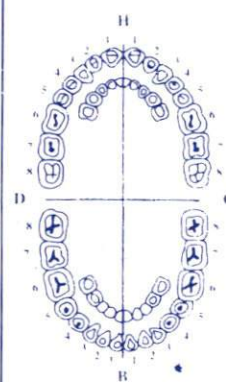
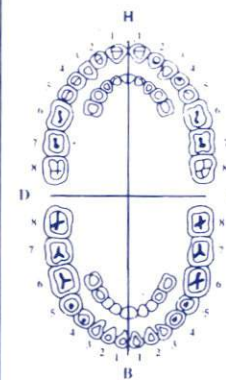
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANT DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANT DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA



DOCTEUR ABDELKARIM HOUIDI

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

مصلحة الجهاز العصبي

الدكتور عبد الكريم هويدي

جراحة الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري

خريج كلية الطب ببراست - فرنسا

جراحة الألم والجراحة المجهرية بأشعة الليزر

جراحة الدماغ بالمنظار

جراحة الأعصاب والدماغ للأطفال

عضو في الجمعية الفرنكوفونية في جراحة الدماغ

والأعصاب وفي الجمعية الفرنكوفونية

للدراسة والبحث في علم الألم

Casablanca le :

16/8/2019

M^{re} LAARAS Ned.

Alaise - + TC - chg 2
patient Hydrocephale non
Valves opéré en 2011
d'un ~~val~~ ex TIC.

TIC céréb (C)

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N°2,
Quartier Bagatelle-Croix-Polo
Casablanca
Tél 05 22 82 11 11

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 : karimhouidi@neuroclinique.com • ICE : 001524581000009



مصلحة 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-Crêtes-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

COMPTE 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 KAHKAK M.H

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