

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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'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- 046875

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ABOUSSA 2nd

Date de naissance :

26-03-1975

Adresse :

70 Rue Mohammed V - Quartier
Bourj 20380 Casablanca

Tél. :

0522 455736

Total des frais engagés :

1514,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14 AVR 2022

Nom et prénom du malade :

ABOUSSA Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Urologique

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 : 14.14.2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046875

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

6913

Nom de l'adhérent(e) :

ABOUSSA

Total des frais engagés :

1514,90

Date de dépôt :

6/5/2020

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
14 AVR. 2020			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/20	214,90

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
		A M	P C	I M	I V	
	14/04/20			/		6000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

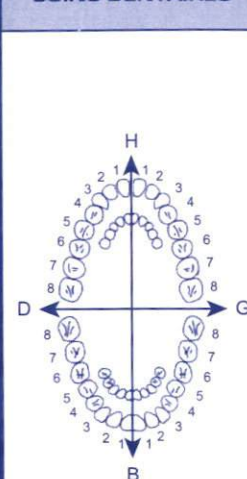
RELEVÉ DE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

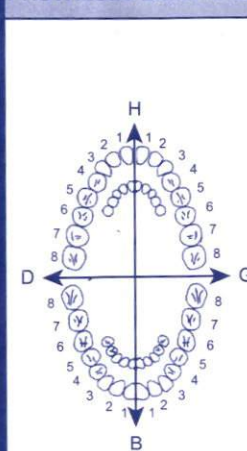
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			 Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale Niamey, Niger Date : 29/08/2017 Signature : Dr. M. Sidi Boudia

EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/20	21490

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Net et signature du soire 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	
<p>INFORMERIE AD. DO</p> <p>Mme ELOUCHAM Aïcha</p> <p>Infirmière Diplômée D.</p> <p>Aut. N° 1247</p> <p>4 Av. Stendhal - Cité Plateau</p>	14/07/2020			/		<p>600,000</p> <p>a</p> <p>domicile</p>

VOLET ADHERENT

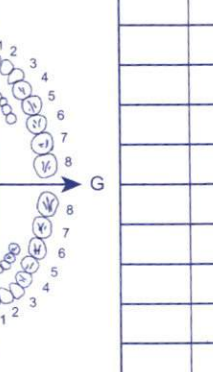
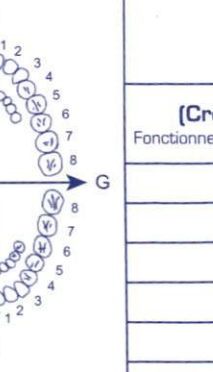
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					<div>COEFFICIENT</div> <div>49,40</div>
					<div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div>H</div><div><div>D</div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>G</div><div>21433552</div><div>00000000</div></div></div> <div><div>B</div><div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>			
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			
					</

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPU 58DH50

EXP 01/2023
LOT 9N063 2

Infirmierie ADDOHA
M^{me} EL OUCHAD Aicha
Infirmière diplômée d'Etat
4, Avenue Standard n°1247
Cité Plateau Casablanca
Tel : 05 22 23 39 49

FACTURE

Les 14/04/2020

NOM ET PRENOM

NOMBRE D'INJECTION

MONTANT

pour :
Abou Aïssa
Mohamed.

(04) quatre
Injections
à domicile.

(600, 00 dh)
Six cent
dinar

INFIRMERIE AD. DOUGHA
M^{me} ELOUCHAM Aïcha
Infirmière Diplômée D'Etat
N° 1247
Gachet et signature
4, Av. Stendhal - Cité Plateau - Casa

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine

Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

والمسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, le : 14/04/2020 : الدار البيضاء، في :

M^r ABASSA M^{re}

49,40x2

①

Coltrex cp

28,80

x2 ②

2cp x 21j

Vitamine fch

2cp x 21j

③

58,50

Ayphox 0,600 ur

1 amp en 30 bis 2j

T=214,90

Dr. M. Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais Angle B. Ghanti
Yacoub El Mansour Imm. E. 3^{ème} Etage
Tél 0522 39 10 50-Fax 0522 39 10 51

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 14 AVR. 2020 في الدار البيضاء،

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

ABOUAÏSSA Mohamed

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

Pour Une consultation = 300.00dhs

Echographie rénale et vésicale = 400.00dhs

S'élevant à la somme de 700.00dhs

SEPT CENT DIRHAMS

Signature et cachet du médecin

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 14 AVR. 2020 الدار البيضاء، في

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET
VESICALE SUS PUBIENNE**

NOM : Mr ABOUAISSA

PRENOM : Mohamed

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Patient de 69 ans et qui présente une douleur lombaire G.

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

Le rein droit est en situation lombaire mal roté, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

Le rein gauche est en situation lombaire mal roté, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il y a une image de lithiase calicielle moyenne de 12 mm environ associée à une lithiase calicielle supérieure avec dilatation majeure des cavités excrétrices ++++. Il n'a pas été vu de masse focale.

La rate est de situation, de taille et d'échostructure normales.

La vessie est vide.

CONCLUSION: Echographie rénale et vésico-prostatique révélant à ce jour, 2 Lithiases calicielles moyenne et supérieure respectivement de 12 et 5 mm environ avec dilatation des CPC.

A compléter par un Uro-Scanner.

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3ème Etage
Tél : 022 39 10 51 - Fax : 022 39 10 51