

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.

Prothèses :

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- 068221

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique N° = 26912 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI JOUTEY Abdelilah

Date de naissance : 11/2/1953

Adresse : VILLA Flotissement TOURIA BOUSKOURA

Tél : 0661525001 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : Amrani Amira Age : 1955

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

Nature de la maladie : Cancer Intestinal

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.

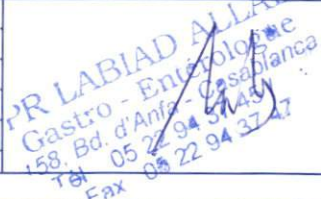
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 12/03/2020


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]


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
12/13/20	C3		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/20	1796,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/13/20	Chélie 240	4070

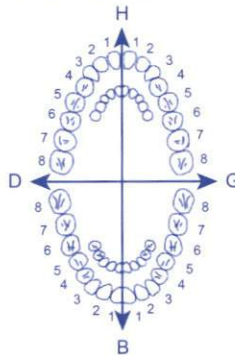
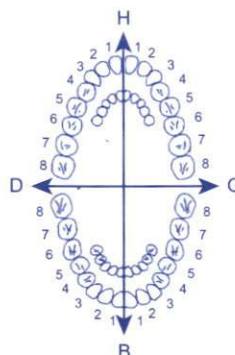
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le praticien est prié de préciser l'ident traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE

SUR RENDEZ - VOUS
Horaire continu



الأستاذ لبيض علال

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
التنظير الداخلي

بالموعد
توقيت مستمر

Casablanca, le : 12. 3. 20 في الدار البيضاء،

PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT: 3682
EXP/PER 03-2023

Dr Amrani Amin

PPV: 293,00 DH

293,00 x 2

- Salcrozine

3 mois AR

3 c/j - 1 c après chaque repas

108,65 x 2

- Ortoceura 2 bts

1 c/j au repas de midi

293,00 x 2

- Duoflex 2 bts

2 gél / 1 g. matin et soir
aux repas.

1796,30

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47

Professeur LABIAD ALLAL
Specialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Note d'honoraires

Date	Numéro
12/03/2020	160.03/20

AMRANI Amina

Date	Lieu	Acte	Montant
12/03/20	Cabinet	Consultation	200,00
		Echographie	400,00
Total			600,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

SIX CENTS DIRHAMS

PR LABIAD ALLAL
Gastro - Entérologie
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le, 12/03/2020

Mme AMRANI Amina

Clinique

Controle Crohn iléal terminal opéré

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.
Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.
Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.
Pancréas de taille et d'échostructure normales.
Rate homogène, de volume normal.
Reins échographiquement normaux. A noter la présence d'un kyste cortical de mm au niveau du rein gauche.
Pas d'épaississement pariétal intestinal visible

Conclusion

Echographie abdominale ne montrant pas d'anomalie apparente en dehors d'un petit kyste rénal gauche.
Météorisme colique.

PR LABIAD ALLAL
Gastro-Entérologue
158, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél 05 22 94 37 45 /
Fax 05 22 94 37 47