

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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.

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



Declaration de Maladie

N° P19- 059123

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5022 Société : 36620

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux <input type="text"/>												
					Montant des soins <input type="text"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>			Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 50613	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 050613

DATE DE DEPOT
..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5088	
Nom & Prénom EL KHAZNAJI Bahja		Signature de l'adhérent	
Fonction Retraitée	Phones 0661064422		
Mail elkhaznaji.27@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient M. BAHCHAOU Mohamed	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 83ans	Date 21.04.2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Traitements avec signes de guérison de l'été prochain S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		GRATUIT	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 23/4/20.	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
T.D. thoracique	1200.00		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE : 23.04.2020

NOM : BAHCHOCH
PRENOM : Mohamed
MEDECIN TRAITANT : DR. ANWAR Med Ali

T.D.M. Thoracique

*Renseignements cliniques :

Patient de 83 ans , présentant depuis 3 mois une toux trainante avec fléchissement de l'état général .

*Technique d'examen :

Coupes axiales jointives des apex pulmonaires aux bases sans injection de produit de contraste iodé .

*Résultats :

- Absence d'adénopathie ou de masse médiastinale patent décelable .
- Présence d'un syndrome interstitiel de type réticulaire diffus au niveau des deux champs pulmonaires plus importants au niveau des lobes supérieurs et plus marqué du côté droit .
- Absence de masse tumorale broncho-pulmonaire .
- Absence d'hyperclarté pathologique .
- Absence d'épanchement pleural .
- Présence de petits nodules bien limités de densité liquidienne au niveau hépatique compatible avec des petits kystes biliaires .

*Au total :

- Syndrome interstitiel diffus plus marqué au lobe supérieur droit .
- A noter la présence au niveau hépatique des petits kystes biliaires .

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI
Angle Bd. Brahim Roudani Rue

ملتقى شارع إبراهيم الروداني (طريق الجديدة سابقا) وزنقة ناصح الدين (امتداد سقراط) - إقامة أنفا 1 - الدار البيضاء
Angle Bd. Brahim Roudani (Ex Route d'El Jadida) et Rue Nassih Eddine (Prolongement Socrate) - Résidence Anfa 1
Casablanca - Tél. : 05 22 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - Fax : 05 22 98 79 06 - E-mail : rxsocrate@hotmail.fr

mt 5088

ORDONNANCE

Dr. Anwar Mohamed Ali

الدكتور أنوار محمد علي

Ex. Chef de service de pneumophthisiologie
Spécialiste de l'appareil respiratoire
Tuberculose - Asthme - Allergie
Sevrage tabagique
Exploration fonctionnelle respiratoire
Endoscopie bronchique
Tests d'Allergie
sur rendez-vous



رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي سابقا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الربو (الضيق)، الحساسية، السل
الإقلاع عن التدخين
فحص الوظيفة التنفسية، التنظير القصبي
تحليل الحساسية
بالموعد

Casablanca, le : 21.04.2020 : في الدار البيضاء،

M^r BACHHOCH Mohamed

Toux treuante depuis 3mois avec
signes de fléchissement de l'état
général chez un patient âgé de 83ans.
SCANNER Thoracique

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr BENNANI
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca
Tél: 0522 25 72 12 - 0522 25 75 05

Dr. ANWAR Mohamed Ali
Spécialiste des maladies respiratoires
Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Appt. 1 - Casablanca
Tél.: 022.80.13.13

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01056/20

Casa 23/04/2020

Nom & prénom : BAHCHOCH MOHAMED

Examens	Prix
T.D.M. Thoracique	1200.00
	1200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA I
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca
☎0522 25 73 13 - 0522 25 75 05