

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.

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.

Maladie chronique :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0045870

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10287 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Ex-pent

Nom & Prénom : SAADOUNI BEN AHMED

Date de naissance : 08/10/12

Adresse : RES/EL PATRIMM BANSAJ No 2

BERNOUSSI CASA BLANCA

Tél. 0671606538 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Saadouni Ahmed

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 : CASA Le : 26/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

Saadooni
Itajar.

21/08/20

Echographie Abdominal.

Rebrite de N'ours sans
Avec pour le club
de F.I.D. Sans pour
d'appendice ??



Caabecker





Clinique Firdaous
Multidisciplinaire
Hay Chabab - Casablanca

Saadouni
Hajer

21/08/20

@Nospu → m = 1
N y a 2 H W


Docteur ERRADI Hajer
Spécialiste en Echographie
Bd. Akid Allam Hay Chabab
Casablanca - Tél : 022 76 81 38

RADIOLOGUE :
MEDECIN DEMANDEUR
DR

Nom : SAADOUNI
Prénom : HAJAR
DATE : 22/08/2020

EXAMEN ECHOGRAPHIQUE : ABDOMINAL

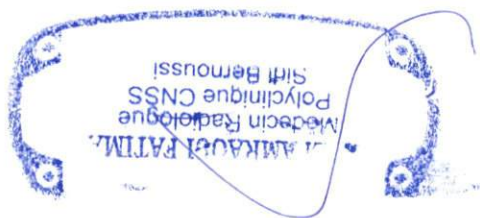
RESULTAT

- Foie de taille normale , d'échostructure homogène , et de contours réguliers.
- Les VSH et le TP sont de morphologie et de trajet normaux.
- VBIH et EH non dilatées.
- Vésicule biliaire non distendue à paroi fine , alithiasique.
- Pancréas de taille normale , d'échostructure homogène et de contours réguliers
- Rate d'échostructure et de taille normale.
- Les deux reins sont de situation, de morphologie ,et de taille normale, présentant une bonne différenciation parenchymo-rénales.
- Absence de dilatation des C_{PC} rénales .
- Absence d'ADP à l'étage sus mesocolique
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Le balayage échographique de la FID n'objective pas d'image d'appendice tuméfié visible ..

AU TOTAL

- Absence de signe échographique compatible avec une appendicite , aspect à confronter au reste du bilan./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 539568	N° SEJOUR : 200026570	FACTURE N° 2004009547		DATE D'ENTREE : 22/08/2020		DATE DE SORTIE : 22/08/2020				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : SAADOUNI, Hajar						
MALADE : SAADOUNI, Hajar										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 99945 DR. EL AMRAOUI FATIMA (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 22/08/2020	EDITEE LE : 22/08/2020	PAR : LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			

