

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.

Radiologie 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.

Reéducation :

- 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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-580909

NID: 46712

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7843**

Société : **RAM**

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : **CHAJIA HOUSSENI**

Date de naissance : **13/11/1967**

Adresse : **COOP ACHARAF 19 JB 213 HAY CHRIKA
ETAGE 2 AIN CHOUK CASABLANCA**

Tél : **0677713941**

Total des frais engagés : **1000,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02/11/2020**

Nom et prénom du malade : **Aghdauf Bahja**

Lien de parenté : ☐ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie : **Anémie feripriva**

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 : **10/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
21/11/20	voir le feu		1000	<p>SERVICE FACTURATION HOPITAL PRIVÉ DE CASABLANCA AIN SEBAA N° 090063272 DR. KADDOUR CHAOUNI AIN SEBAA Médecin Oncologue - Cancérologue</p>
02/11/2020		Contre le		

[illegible][illegible]

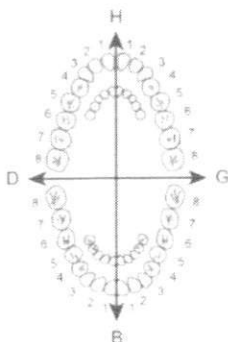
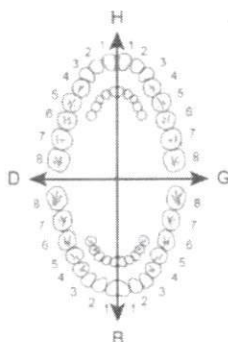
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.F.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPC20K02095849

NOM DU PATIENT Mme AGHDAIF BAHLJA

MÉDECIN TRAITANT KADDOURI WYDAD

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 02/11/2020

DATE DE SORTIE 02/11/2020

MODE DE SORTIE normal

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INDE : 090063272
279, Bd. Chefchaoui Ain Sebba

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 02-11-2020

Facture N° 18780/20

A. Identification

N° Dossier : HPC20K02095849

N° Identifiant : 032593/20

Nom & Prénom : Mme AGHDAIF BAHIIJA

C.I.N : M319681

Adresse : COOP ACHRAF B APPT 3 ETAGE 2 AIN CHOK CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : AGHDAIF BAHIIJA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-11-2020

Date Sortie : 02-11-2020

Médecin traitant : DR . KADDOURI WYDAD

Traitement : VENOFER

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	VENOFER		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						1 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Aïn Sebba

Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Casablanca, le 02/11/2020

Compte rendu médical

M^{me} Aghdauf Bahija suivie pour
une Anémie feripaque nécessitant
un traitement par fer injectable.

La patiente est admise ce jour pour
une perfusion de fer par voie IV.

Rdv d'ici 30 jours pour contrôle
du bilan sanguin.

دكتورة فدوري ووداد
Dr. KADDOURI Wydad

Hématologie Clinique - Oncologie Médicale
Appt. 3ème Résidence Beaulieu Ain Sebaâ
Casablanca - Tél: 05 22 66 28 28

Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Casablanca, le 02/11/2020

Me Agnès Boudja

- perfusion de fer injectable

دكتورة قدوري ودياد
Dr. KADDOURI Wydad
Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique
Appt. 2ème étage - Bld Hassan II - Aïn Sebaâ
Casablanca - Tél: 05 22 35 27 28

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

**NOM DU PATIENT : Mme
AGHDAIF BAHJA
DATE DE NAISSANCE :
01/01/1978
HPC20K02095849**



Reçu N°: 36264

Paiement du 02/11/2020 10h03

Montant

1 000,00 Dh

Type de paiement

Espèce

**Imprimé par : BENNAR YASSINE Le
02/11/2020 10h03**