

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AURE 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.

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-552113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7308 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKIRANE Loubna

Date de naissance : 21/02/71

Adresse : 4, Bd Abdelkrim Khattabi, ANF CASABLANCA

Tél. : 0661187201 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2020

Nom et prénom du malade : Benkirane Loubna Age :

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

Nature de la maladie : dyspnée thoracique, douleurs

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 : 28/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : 09 00 01 07 8
				Docteur Amine TAOU
				Médecin Généraliste et Traumatisme
				Unité de Soins Primaires
				Centre de Santé

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/01/2020	1500,00	
	28/01/2020	2000,00	

[illegible]

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES </div>				
<p>Le praticien est autorisé à modifier la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>		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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 28/10/2020

Mme Benkirane Leubna

→ TDM Thoracique

EC 6

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Ammal N°1
(Abdelmoumen Centre) Ezz. / Agh. 1/1
Casablanca - Tél. 0522 888 277

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 28-10-2020

Facture N° 16049/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20J28132147

N° Identifiant : 034530/20

Nom & Prénom : Mme BENKIRANE LOUBNA

C.I.N : M205778

Adresse : ANFA CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 28-10-2020

Date Sortie : 28-10-2020

Médecin traitant : DR . AKDIM FATIMA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						1 700,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						1 700,00

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 89 37 28



Casablanca, le 28/10/2020

PATIENT : BENKIRANE LOUBNA

SCANNER THORACIQUE

Technique : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC. Reconstructions MPR.

Résultats :

Plages en verre dépoli basale gauche.
Atélectasie en bande basale gauche.
Absence de foyer de condensation.
Absence de Crazy Paving.
Epaisissements non septaux éparses aux deux champs pulmonaires.
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
Absence d'adénopathies médiastinales de taille significative.
Absence de lésion lytique ou condensante notable.

Conclusion :

*Aspect TDM d'une pneumopathie alvéolo-interstitielle d'origine infectieuse virale liée au COVID-19 : A confronter au reste du bila (PCR)
Pourcentage des poumons atteints estimé à 0.3%*

Merci de votre confiance
DR BELABBES

Dr. BELABBES F.Z.
Médecin Radiologue

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : Mme
BENKIRANE LOUBNA
NOM DU PATIENT : Mme BENKIRANE
LOUBNA
DATE DE NAISSANCE : 21/02/1971
CJO20J28132147



Reçu N°: 59474

Paiement du 28/10/2020

Actes	
Montant	1 700,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	3239556
Montant du chèque :	1 700,00 Dh
Banque :	BMCI