

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.

Diagnostique 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

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- 053025

NID: 48 040

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BALDOUCH HASSAN

Date de naissance : 10-04-1955

Adresse : 85 Lot Epinal Apt 4 Maarif CAA

Tél : 06 24 03 03 43 Total des frais engagés : 1313,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BALDOUCH HASSAN Age :

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

Nature de la maladie : Doule

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

Signature de l'adhérent(e) :

20 NOV. 2020

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/11/2020 | 230 | | 3000 4000 7000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------|----------|-----------------------|
| | 16/24/20 | 613,75 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

| 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed Slaoui

Spécialiste
en Hépatologie - Gastro - Entérologie
et Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE DIAGNOSTIQUE ET
INTERVENTIONNELLE
ECHOGRAPHIE



الدكتور محمد السلاوي

إختصاصي في أمراض المعدة و الأمعاء
و الكبد و البواسير
علاج و جراحة أمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca, Le 16/11/20 في الدار البيضاء،

M. Boudane Hassen

NOT D'INTERPRETER

1/2 caselyb

= 300 DS

+

= 400 DS

= 700 DS

9
Z30
Oelb
MSB

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
et Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya, Angle Bd. Abdelmoumen 2^{ème} Etage - Imm. Fiat - Quartier des Palmiers - Casablanca - MAROC
Tél.: 05.22.23.78.83 - Tél.Fax : 05.22.25.99.87
E.mail : slaoui.med.doc@gmail.com • Urgence : 06 98 97 17 18



Casablanca, Le16/11/2020..... في الدار البيضاء،

echographie abdominale

BOUDOUCH Hassan

Indication

BRULURES RETROSTERNALES ET GENES A LA DEGLUTITION
HERNIE HIATALE CONNUE/EBO CONNU

Examen

Foie d'échostructure homogène, de contours réguliers, de taille normale ; on ne retrouve pas d'image focale en son sein ; il n'y a pas de dysmorphie ;
Vésicule biliaire à paroi fine
Voie biliaire principale fine, elle est apparemment libre ;
Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées, les veines sus-hépatiques sont de répartition et de morphologie normale ;
Le TP est mesuré à 10 mm, de calibre normal, libre,
La rate est d'échostructure homogène, de taille normale, mesurée à 86 mm dans son grand axe ;
Les reins sont de taille normale, avec une bonne différenciation cortico-médullaire, il n'y a pas d'image de lithiase ni d'hypotonie des calices ;
Le pancréas est bien exploré, paraît échographiquement normal, pas de dilatation du WIRSUNG
Il n'est pas détecté d'adénopathies profondes,
Il n'y a pas d'ascite dans le cul de sac de DOUGLAS, ni dans l'espace inter-hépatique-rénal de MORISSON

Conclusion

Echographie abdominale normale
Pas noté d'épaississement des parois oeso-gastriques évident (paroi à 3mm)

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya, Angle Bd Abdelmoumen
2ème Etage, "IMM. RENAULT" - Casablanca, MAROC
Tél: 05.22.23.78.83 - Tél / Fax: 05.22.25.99.87