

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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.

Optique 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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie
N° P19- 0032852

49502

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013026 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Yasmine Oumachau

Date de naissance : 14/03/1988

Adresse : Bd Yacoub el Mansour Residence AL Bida Immeuble A
n°53 Casablanca Maroc

Tél. : 0662 8186 82 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : Yasmine Oumachau Age : 32

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Urgences

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 : 03 / 10 / 2020

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
03/10/20	Consultation		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

3/10/2020

TDM THORACIQUE

1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

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 :

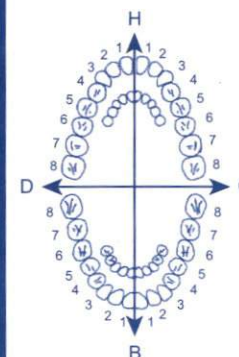
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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



Casablanca, le 03/10/2020

Dr. ZAHNOUNE Mohamed
M&A-Medecin
Service des Urgences

Dans sachet + finne

Affixe

fin TDN Thuyne

Dr. ZAHNOUNE Mohamed
M&A-Medecin
Service des Urgences



Casablanca, le 03/10/2020

PATIENT : OUMAACHOU YASMINE

PRESCRIPTEUR:

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Absence de nodule ou de micronodule parenchymateux décelable.
Absence de foyer pulmonaire décelable.
Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
Absence d'adénopathies médiastinales de taille significative.
Cavités cardiaques de morphologie normale.
Surrénales libres

CONCLUSION :

Scanner thoracique normal.

Merci de votre confiance
DR BENMOUSSA

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 14094/20

CASABLANCA Le : 03-10-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20J03184741

N° Identifiant : 032735/20

Nom & Prénom : Mme OUMAACHOU YASMINE

C.I.N : BE805775

Adresse : MAARIF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-10-2020

Date Sortie : 03-10-2020

Médecin traitant : DR . AKDIM FATIMA

Traitement :

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

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

