

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.

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 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 |

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1330**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : **Veuve (BAURKJA)**

MILouda BRAHIM

Date de naissance :

29/10/1955

Adresse : **Habilie**

Tél. **06 11 27 73 49**

Total des frais engagés

6000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

TRAUMATO - CHIRURGIEN

75, Boulevard Al Knaïda

Tel. : 05 22 25 25 16

Fax : 05 22 25 25 07

Date de consultation : **23 SEPT 2022**

Nom et prénom du malade : **Mme TIGHRIEST Milouda**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Douleur abdominale + Diarrhoea**

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 :

Le : **22/11/2022**

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

RELEVE 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
23/09/2021	G3		3500 dt	DR. N. LATIF IDRISSI TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE 25, Boulevard Massira A. Khadra Tél. : 05 22 25 25 16 Fax : 05 22 25 25 07

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
	23.09.22	Rx med. 300 INPE. 091234179	DR. HIND Antenne Radiologique Centre Beauraing Yves Gud Seneffe (CH) 942 Hainaut (CH) JUL 2022

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم و جراح مستشفى بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل



Casablanca, le :

23.09.2022

Mr. (Mme) :

FICHT RIEKT AIL MAMZ

السيد (ة) :

Rd du pied F Doul F + ORL

L. MIND MASSAINE
Radiologue CHU Ibn Rochd
Ancienne Résidente CHU Ibn Rochd
Bd. Oued Sabou Al Witak Casablanca
N°970-972 Hay Oulfa Casablanca
Tél : 05 22 25 25 26

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75 Boulevard Massira Al Khadra
Tél : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE
OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO

Casablanca le 23/09/2022

PATIENT : TIGHRIEST MILOUDA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DU PIED FDROIT F+OBL

- ✓ Absence de trait de fracture.
- ✓ Malformation des orteils avec la présence de deux phalanges du 1^{er}, 4^e et 5^e rayon et d'une seule phalange des 2^e et 3^e rayons.
- ✓ Intégrité des interlignes articulaires.
- ✓ Aspect normal des os du tarse.
- ✓ Rapports articulaires conservés.
- ✓ Absence d'anomalie des parties molles.

Confraternellement
Dr HASSAINE

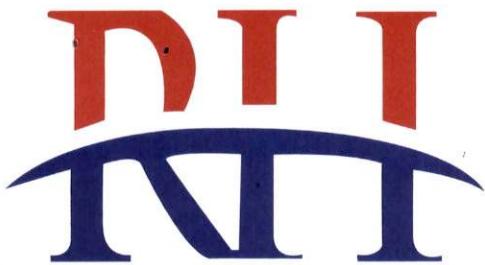
V S N D

RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26
Gsm : +212 661 97 76 09
Fax : +212 522 91 17 59
E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208
TP : 32960805 - CNSS : 1398594
ICE : 002153526000090



Votre Santé ... Notre Devoir

RADIOLOGIE HASSAN II

الفحص بالأشعة الحسن الثاني

- **IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE**
- **OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO**

Casablanca, le 23/09/2022

FACTURE N° : 05764/2022

Nom & Prénom : TIGHRIEST MILOUDA
Date d'examen : 23/09/2022

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
RX PIED F/P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DH

Dr. HIND HASSANE
Radiologue
Ancienne Résidente CHU Ibn Rochd
Bd. Oued Sebou Al Wifak 1
N° 966-970-972 Hay Oulfa, Casablanca
Tél. : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26

RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26
Gsm : +212 661 97 76 09
Fax : +212 522 91 17 59
E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208
TP : 32960805 - CNSS : 1398594
ICE : 002153526000090