

# **COMMANDATIONS 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.



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

## **Declaration de Maladie**

N° W19-445271

ND: 30736

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : RETOITE  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUYANOUN NED  
 Date de naissance : 11-01-1956  
 Adresse : Villa 5 ALQUODS2 WISARA  
 Tél : 0700099922 Total des frais engagés : 1875,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HASSAN RHORBY  
 Neurochirurgie  
 Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual  
 et Bd. Abdelmoumen, Casablanca  
 Tél. 0212 522 883 233  
 Date de consultation : 28/03/2020  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Brochite chronique  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : febrile  
 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 : 28/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **Adresses Mails utiles**

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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										
28/09/2011	CS		GRATUIT	INF : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> IN RHORBY Chirurgien (C.A. Andrieux)										

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Montant de la Facture
	28/03/2020 326,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/03/2020		187500

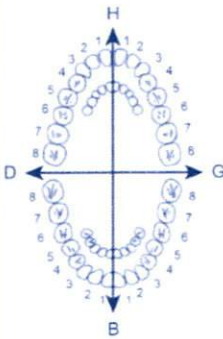
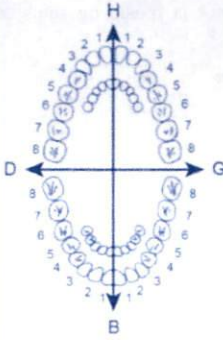
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.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"/>																								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Abdelmoumen Centre, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème Étage - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 86 32 33 - GSM: 06 61 20 68 40 - E-mail : hassanrhorby@menara.ma

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218,00 DH  
ID : 616341  
6 118001 141876

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

27,10

**ZITHROMAX 500 MG**  
Boite de 03 comprimés

Lot : 1281533

Date Fab : 10 / 2019 Date Exp : 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

موكسول  
Amoxicillin

ميدونتكس



**Docteur Hassan RHORBY**

**Neurochirurgien**

Chirurgie du Crâne, du  
système nerveux et de la  
colonne vertébrale

Ancien médecin des FAR

Ancien médecin de l'Hôpital Avicennes-Rabat

**الدكتور حسن غربي**

**إختصاصي**

في أمراض وجراحة الرأس ، الدماغ ،  
الأعصاب والعمود الفقري

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى ابن سينا - الرباط

Casablanca le 28.03.2020

Benyamoun Mohamed

Tou thoracique

toux incoercible avec douleurs  
thoraciques aigües.

**Dr HASSAN RHORBY**  
Neurochirurgien  
Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual  
et Bd Abdelmoumen, Casablanca  
Tel. 05 22 86 32 33

مجمع عبد المومن - زاوية شارع انوال وشارع عبد المومن الطابق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف/الفاكس : 05 22 86 32 33 - المحمول : 06 61 20 68 40

Abdelmoumen Centre, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème Étage - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 86 32 33 - GSM: 06 61 20 68 40 - E-mail : hassanrhorby@menara.ma



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

# FACTURE

Casablanca, le 29/03/2020

Facture N° 4999/2020

**NOM PATIENT : BOUYAMOURN MOHAMMED**

**DATE FACTURE : 20/04/2020**

EXAMENS	MONTANT
TDM THORACIQUE: -----	mille huit cent soixante quinze (1875 DH)

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE HUIT CENT SOIXANTE  
QUINZE DIRHAMS.**

**REGLEMENT : ESPECES**

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء 20100 Casablanca 20100

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 29/03/2020

Patient : **BOUYAMOURN MOHAMMED**  
Prescripteur: **DR GHORBI**

## SCANNER THORACIQUE

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm avec injection de PDC. Reconstructions multiplanaires.

### RESULTAT :

Transparence normale des parenchymes pulmonaires, sans anomalie architecturale ni lésion focale.  
Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.  
Absence d'épanchement pleural.  
Aspect normal du médiastin sans adénomégalie notable.

### CONCLUSION :

Scanner thoracique ne révélant pas d'anomalie.

Dr. Hassen Samah  
RADIOLOGUE  
INPE: 09170888  
Coord. alemt.

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء - شارع موديبو كيتا

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079