

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 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

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- 066756

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Chennoui Ahmed*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066756

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|--|---|
| = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



COURNEN 15/11/2020 DATE DE DEPOT

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

0525670

A REMPLIR PAR L'ADHERENT


Nom & Prénom : CHENNAOUI AHMED
Matricule : 8499 Fonction : Poste :
Adresse : Hay TISSERANT N°53 Rue 1 Casablanca
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chennaoui Ahmed Age 24 10 7 20 20
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 24/10/2020
Nature de la maladie : Rhumatisme
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 24/10/2020 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

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
24/07/2020	US		250 DH	 Dr. Ahmed S. El Amine Résidence : 7, Ain Chok, Casablanca Tél: 05 22 50 68 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ouled Ziane Bd. El Fida 1250 - Ain Chifa 3 Casablanca - Tél: 05 22 50 68 69 ICE: 000495-000000	24/07/2020	466,50
	24/07/2020	590,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
24/07/2020	24/07/2020	2 To DA	

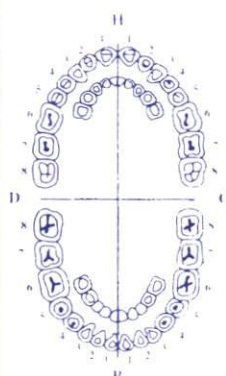
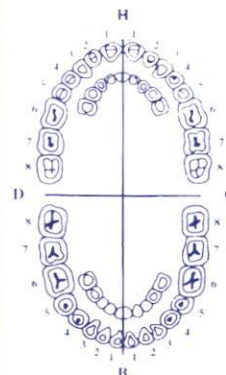
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANT DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(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

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporese
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 19E007
EXP : 10/2022
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 19E007
EXP : 10/2022

الدكتورة إلهام سحباني

أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

العمود الفقري

هشاشة العظام

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

الخصن بالصدي (ليج - بلجيكا)

التغذية

Casablanca le:

MR CHENNAOUI AHMED

24/07/2022

• Predni cooper 20 mg - comprimé effervescent soluble
1 CP PAR JOUR PENDANT 5J

• Relaxol 500 mg /2mg - comprimé
2 Comprimé, * 2 APRES REPAS , pendant 7J

• Isox 200 mg
1 gel par jour pendant 7 jours

• Kalest 20 mg - gélule en mic.
1 Gélule, au reveil , 7 j

• Vegebom pommade
1 app *3 par jour

LOT 191742
EXP 07/2022
PPV 75.00DH

LOT 190009
EXP 09/2022
PPV 144.00DH

VEGEBOM 100g
PPC : 99,00 DH
Lot: 087619018
Sep / 2022
MEDIPRO PHARMA

SECOURS

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني

أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale

Ostéoporose

Maladies rhumatismales (Lille-France)

Biothérapie

Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)

Nutrition

العمود الفقري

هشاشة العظام

أمراض الروماتيزم (ليد - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى (لييج - بلجيكا)

التغذية

Casablanca le:

MR CHENNAOUI AHMED

590,00 LOMBOSTAT

Pharmacie Ouled Ziane
Dr. ASRI Ilham
INPE 092047455
Bd. El Anik - Résidence El Anik Chifa 3
Casablanca - Tél : 0522 652 652
ICE : 00049540000015



Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue
404, Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - GSM : 06 82 28 41 17 - E-mail: cabinetsehban@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني

أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca 24/07/2020.....

MR CHENNAOUI AHMED

IEC : 001699306000029

RADIOGRAPHIE : RACHIS LOMBAIRE F+P

COMPTE RENDU

PINCEMENT L5S1 AVEC DISCRETE SCOLIOSE

NOTE D HONORAIRE

MONTANT : 250 DH

SIGNATURE :

Dr Ilham SEHBANI
Rhumatologue-Nutritionniste
404 Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik
1^{er} étage - N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél: 05 22 50 68 69

PHARMACIE OULED ZIANE

Dr Ilham ASRI

1260, Bd. El Fida, Aïn Chifaâ
Casablanca

Tél. : 05 22 852 959

FACTURE N° :

Casablanca, le :

24.107120

Client :

Doit

[illegible]

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cinq cent Quatre Vingt cinq dh

Bd. El Fida 1260 - Ain Chifa 3
Casablanca - TEL : 0521 002 053
ICE : 0004954000000015