

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-563302

ND: 51444

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 05767 Société : 14 DEC. 2020

Matricule : 05767

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ahmed Bouich

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : CASABLANCA 20000

Tél. : 06 61 71 90 00 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin : الكتور عنبان ناصر

Cachet du médecin : Docteur ADNANE NACER
Chirurgien orthopédiste - traumatologue
TEL : 06 61 71 90 00
INPE : 091036814

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : Adhane Nacer Age : _____

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

Nature de la maladie : Traumatisme de la main droite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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) : _____

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.

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
11.10.16		\$	4000M	INP : [Signature] Docteur ADNANE NACI Chirurgien orthopédiste - traumatologiste TEL : 06 61 71 90 00 091036814

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/10/20	Rx poignet PIP	4000F
	11/10/20	Rx poignet Face	950F

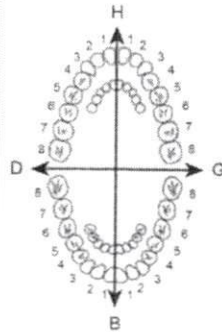
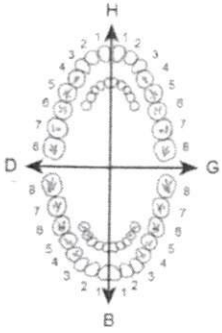
[illegible]

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'ODF.

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"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<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>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</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> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



CLINIQUE
VILLE VERTE

ES ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 11.10.2023

Dr. Nassabi Leila

M. No. Adl Fen 400

u - A - A Si chakou

الدكتور عدنان ناصر
Docteur ADNANE NACER
Chirurgien orthopédiste - traumatologue
TEL: 06 61 71 90 00
INPE: 091036814

LOT : 20E007
PER: 04 2023

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30

P.P.V: 30DH00



● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 14.10.2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Asstah: kila

- Rx poignets et A/D

- Tugideur Scapulothoracique

poignets gauche

الدكتور عدنان ناصر
Docteur ADNANE NACER

Chirurgien orthopédiste - traumatologue

TEL : 06 61 71 90 00

INPE : 091036814



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 11.10.2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Reshalo Lohr

Orthèse du poignet gauche

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Ville Verte
Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57

الدكتور عدنان ناصر
Docteur ADNANE NACER
Chirurgien orthopédiste - traumatologue
TEL : 06 61 71 90 00
INPE : 091036814

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MASBAHI LEILA	N° Facture 5 713	180513163533ES-004
-----------------------------	------------------	--------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ORTHESE POIGNE-POUCE RIGIDE	1	600,00	600,00
Sous-Total consommable médical			600,00
		Total pharmacie	600,00

CLINIQUE VILLE VERTE ③
 Casa Green Town, La Vie
 Bouskroun - Casablanca
 Tél: 0522 51 23 23 - 0607 57 57 57

Casablanca , le 11/10/2020

Patient : MME MASBAHI Leila

RX POIGNET FACE + PROFIL (de contrôle)

Absence de solution de continuité des corticales osseuses.

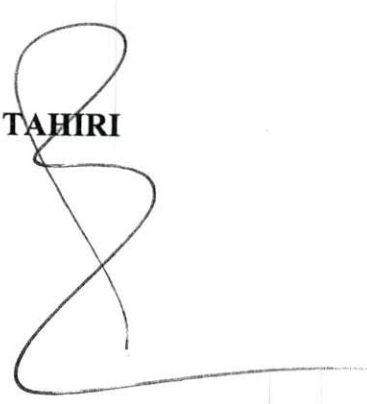
Absence d'anomalie de densité osseuse focale.

Pincement modéré de l'articulation radio-carpienne.

Absence d'anomalie des os du carpe.

Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance. **Dr. TAHIRI**



CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 5 713 / 2020 du 11/10/2020

Nom patient	MASBAHI LEILA	Entrée 11/10/2020	Sortie 11/10/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RX POIGNET FACE	1,00		250,00	250,00
RX POIGNET F/P	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	650,00
PHARMACIE / ORTHESE POIGNE-POUCE	1,00	PH	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				1 250,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ADNANE NACER (traumatologue)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				400,00

	Total général	1 650,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 650,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verde
Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57