

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 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-510931

C.A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

27 / 01 / 2020

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
14/01/2020	Caractéristiques	100, =	30, =	INP : <u>CCC</u> <u>V</u>
14/01/2020	Talonne			19 RUE DE L'UNIVERSITE
				PARIS 75007
				01 45 51 38 38
				33 PARIS D 480 345 716

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
DR. HIL	14/01/2020	LH 100 3 4	130 E
06 ELECTORADIOLOGISTE		NAG 10 15 4	90 E
199 RUE DE GRENNELLE			
75007 PARIS			
751 167 2 0 3 31 0 06 Tél. 01 45 55 00 00			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>														
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبليي (فرنسا)

Témara le 11/01/2020 تمارة في

Nom: BEN HAMZA

Age: Ans

Prénom: Samy

T°: C°

Poids: 70 kg

TA:

Jeune

@ au niveau R+ ch's l'anné
- Dern Combou F.I.P.

@ R+ du Bâtoni Foc

au (Fortiche + Damsy
Combou F.I.P.

Dr. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
Echographie Clinique
Université de Montpellier (France)
Tél: 05 37 60 79 64

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطينية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبولي (فرنسا)

تمارة في 11/01/2020

Nom:

Age:Ans

Prénom:

T°:C°

Poids:

TA:

Cher M. LEBLANC Thierry

frère de René Vautier

jeu. Eucum M²

Ben Hamza Samy Ammi

par e. LEBLANC Ce. R.

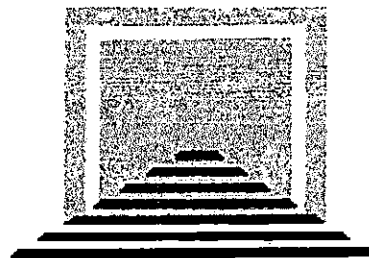
Radio-graphie

main

Dr. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
Echographie Clinique
Université de Montpellier (France)
Tél: 05 37 60 79 64

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64
N° 28 1^{er} étage Av. Med Zarkouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
GSM : 06 68 43 38 21 : المتنقل ICE : 001613243000095

Docteur Philippe LEBAR



ELECTROENCEPHALOGRAMME
ELECTROMYOGRAMME
ANGIOGRAPHIE NUMERISEE
SCANNER
DOPPLER
SENOLOGIE
ECHOGRAPHIE
RADIOLOGIQUE
DENSITOMETRIE OSSEUSE

M. LEGAGNOUX Thierry

Paris le, 14/01/2020

Monsieur BENHAMZA Samy

Indication : Cervicalgie, dorsalgie, lombalgie basse.

**EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU RACHIS CERVICAL
DE FACE, DE PROFIL ET ATLAS-AXIS**

Statique conservée dans le plan frontal.

Dans le plan sagittal, raideur du rachis.

Les rapports de la charnière cervico-occipitale sont normaux.

Discret pincement de l'interligne atloïdo-axoïdien.

Pincement postérieur du disque C5-C6.

Ostéophytose marginale antérieure étagée.

Pas de pincement des interlignes articulaires postérieurs.

Pas de canal cervical étroit.

Tous les pédicules sont bien visualisés.

Pas d'anomalie des parties molles pré-vertébrales.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU RACHIS DORSAL DE FACE ET DE PROFIL

Statique conservée dans le plan frontal.

Dans le plan sagittal, respect de la cyphose.

Ostéophytose marginale antérieure étagée.

Tous les pédicules sont bien visualisés.

**EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU RACHIS LOMBAIRE
DE FACE, DE PROFIL ET CLICHE CENTRE SUR L5-S1**

Statique conservée dans le plan frontal.

Dans le plan sagittal, respect de la lordose.

Pas d'anomalie transitionnelle.

Pas de spondylolisthésis.

Pincement postérieur du disque L5-S1.

Ostéophytose marginale antérieure étagée.

Tous les pédicules sont bien visualisés.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU BASSIN DEBOUT DE FACE

Bascule pelvienne en bas et à droite: 8 mm.

Pas de pincement des interlignes coxo-fémoraux.

Couverture externe satisfaisante des deux têtes fémorales.

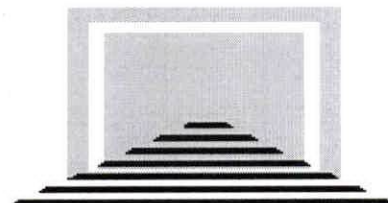
Aspect normal des articulations sacro-iliaques.

La minéralisation osseuse est normale sur l'ensemble du squelette examiné.

CENTRE DE RADIOLOGIE, D'ECHOGRAPHIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

199, rue de Grenelle 75007 PARIS – Tel : 01.47.05.51.87 / 01.45.55.08.09 – Métro : Ecole Militaire

Docteur Philippe LEBAR



ELECTROENCEPHALOGRAMME
ELECTEROMYOGRAMME
ANGIOGRAPHIE NUMERISEE
SCANNER
DOPPLER
SENOLOGIE
ECHOGRAPHIE
RADIO DIAGNOSTIC
DENSITOMETRIE OSSEUSE

QUITTANCE

Date : Le mardi 14 janvier 2020

Nom : BENHAMZA

Prénom : Sammy

Examen pratiqué : Radiographie du bassin (NAQK015)

Total à régler : Quatre vingt dix euros (90€)

Cette quittance est à transmettre à votre mutuelle

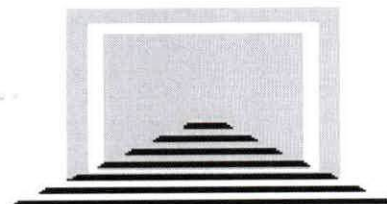
Dr Philippe LEBAR

DR PHILIPPE LEBAR
06 ELECTORADIOLOGISTE
CONVENTIONNÉ
199 RUE DE GRENNELLE
75007 PARIS 7
01 47 05 51 87 / 01 45 55 08 09

CENTRE DE RADIOLOGIE, D'ECHOGRAPHIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

199, rue de Grenelle 75007 PARIS – Tel : 01.47.05.51.87 / 01.45.55.08.09 – Métro : Ecole Militaire

Docteur Philippe LEBAR



ELECTROENCEPHALOGRAMME
ELECTEROMYOGRAMME
ANGIOGRAPHIE NUMERISEE
SCANNER
DOPPLER
SENOLOGIE
ECHOGRAPHIE
RADIO DIAGNOSTIC
DENSITOMETRIE OSSEUSE

QUITTANCE

Date : Le mardi 14 janvier 2020

Nom : BENHAMZA

Prénom : Samy

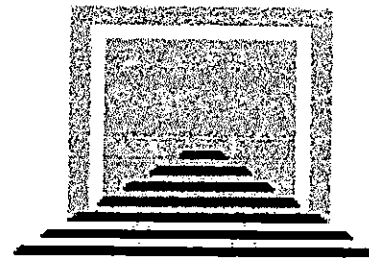
Examen pratiqué : Radiographie du rachis cervico-dorso-lombaire (LHQK007)
Radiographie du bassin (NAQK015)

Total à régler : Cent quatre vingt dix euros (190€)

Cette quittance est à transmettre à votre mutuelle

DR PHILIPPE LEBAR
06 ELECTORADIOLOGISTE
CONVENTIONNÉ
199 RUE DE GRENNELLE
75007 PARIS 7
75 17 11 67 2 0 7 31 0 0 1
Tel 01 45 55 08 09

Docteur Philippe LEBAR



M. LEGAGNOUX Thierry

Paris le, 14/01/2020

Monsieur BENHAMZA Samy

ELECTROENCEPHALOGRAMME
ELECTEROMYOGRAMME
ANGIOGRAPHIE NUMERISEE
SCANNER
DOPPLER
SENOLOGIE
ECHOGRAPHIE
RADIOLOGIE
DENSITOMETRIE OSSEUSE

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DU BASSIN DE FACE

Indication : Etude de la statique, avec talonnette à gauche de 8 mm.

Bascule du bassin en bas et à droite: 15 mm.

Respect des articulations coxo-fémorales.

Couverture externe satisfaisante des deux têtes fémorales.

Pas d'anomalie des articulations sacro-iliaques.

La minéralisation osseuse est normale.