

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

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° P19- 0042717

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1379 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : B. J. J. Latife
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0613 200 700 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																	
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																		
		Fin d'exécution																		

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 045233	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 045233

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1379	Signature
Nom & Prénom		EL IDOUSSI LATIFA	
Fonction	Phones	06 13 700700	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient M ^{lle} Idoussi Latifa		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 07/02/2020	
- Coxarthrose bilatérale - Arthrose du rachis lombaire - Déficit en vitamine D		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires C2 / gabut			
PHARMACIE		Date 05/08/2020	DR. AMINE AZIZ TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE CHP MOHAMED V CASABLANCA
Montant de la facture		1725,60	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	Cachet 05 22 50 53 45 CASABLANCA
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	Cachet 05 22 50 53 45 CASABLANCA
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	



Casablanca, le: 05/02/2020

Ordonnance

M^{re} Idrissi Larabi Latifa

1) Arcoxia 120 mg/4
1cp/5 aprt repa.

2) Doliprane cp 1g
1cp x 8h

3) Pianlédine ^(SV) gels
188,00 x 3
1 gel/5 psr 03 mois

4) Fosavance cp 100 ^(SV) semaine psr
193,60 x 608 mois (1/2 heure avant le petit
déjeuner)
1725,60

DR. AMINE AZIZ
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPÉDIE
CHP MOHAMED V
CASABLANCA

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

70058199/00-1
AMM 294/17 DMF/21/NRQ

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

P.P.V.: 193,60 DH

6 118001160471

PIASCLELINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLELINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLELINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

19/12/2019

PATIENT : Mme.EL IDRISSE LATIFA
EXAMEN(s) REALISE(s) : Rx BASSIN

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx BASSIN FACE

- ❖ Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- ❖ Les articulations sacro iliaques et coxo fémorale droite sont d'aspect radiologique normal.
- ❖ L'articulation coxo fémorale gauche est le siège d'un discret pincement supéro externe de l'interligne articulaire, avec ostéosclérose sous chondrale cotyloïdienne en regard associée.
- ❖ Arthrose sympathysaire minime.

AU TOTAL

Coxarthrose gauche minime.

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
Route d'Azemmour Sidi Abderrahmane
Tél: 05 22 90 10 10 - 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13
Fax : 05 22 90 10 10



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

19/12/2019

PATIENT : Mme.EL IDRISSE LATIFA
EXAMEN(s) REALISE(s) : RACHIS LOMBO-SACRE F/P

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

RACHIS LOMBO SACRE F/P

- ❖ Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- ❖ Discrète scoliose lombaire à convexité droite.
- ❖ Absence de dysharmonie de courbure de profil.
- ❖ Bon respect de la hauteur des corps vertébraux.
- ❖ Ostéophytose marginale dorsale basse et lombaire étagée.
- ❖ Macrocalcification intervertébrale antérieure en D10-D11.
- ❖ Pincement discal minime et étagé de D10-D11 à L4-L5 épargnant L1-L2.
- ❖ Discret spondylolisthésis L2-L3, L4-L5 et discret rétrolisthésis L3-L4.
- ❖ Charnière lombo-sacrée normale.

AU TOTAL

Scoliose avec arthrose dorso lombaire disco vertébrale étagée.

RADIOLOGIE HAY HASSANI
Immeuble Communal Route
d'Azemmour, Sidi Abderrahmane
Tél.: 05 22 90 10 07 - 05 22 93 37 13
Fax : 05 22 93 37 13



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 05/02/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

Idrissi Latifa

Présente

une exostose gauche + arthrose de rachis lombosacré + déficit en vitamine D.

Nécessitant un traitement d'une durée de:

06 (six) mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

DR. AMINE AZIZ
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE
CHP MOHAMED V
CASABLANCA

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26 49/91-26 86/91 28 83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com