

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.

Éducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1379** Société : **RAN**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **El. J. RESS** *Latif*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0613 700 700** Total des frais engagés : **1200 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : **El. J. RESS** *Latif* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> </div>				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire											
		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> <td style="padding: 5px;">C</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	C	00000000 35533411	00000000 11433553			
D	H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000	C											
00000000 35533411	00000000 11433553												
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> </div>											
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </div>											

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :
DECLARATION N°		P 17 / 045233
Date de Dépôt <input type="text"/>		Montant engagé <input type="text"/>
		Nbre de pièces Jointes <input type="text"/>
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom		Mme 1379
Fonction		EL IDRISSI LATIFA
Phones		06 13 700 700
Mail		

MEDECIN Prénom du patient Mme idrissi latifa

Adhérent Conjoint Enfant Age 07/02/2020

Nature de la maladie - coquille che - 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		gahet

PHARMACIE	Date
	05/08/2020
Montant de la facture	
1725,60	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Casablanca, le: 05/10/2020

Ordonnance

M^{me} Sdriss Larabi latifa

- 1) Arcoxia 120 mg/tp
1cp/tp aprè repas. } polt nergue
- 2) Doliprane cp 1g
1cp/tp 8hr }
- 3) Pianlédine gélules (15)
 $\frac{188,00}{\times 3}$ 1gell/tp psw 03 mois
- 4) Fosavance cp 1mg (15) 1/2 semaine pour
 $\frac{193,60}{\times 608}$ mois (1/2 heure avant le petit déjeuner) $\frac{1725,60}{}$

DR. AMINE AZIZ
 TRAUMATOLOGIE-ORHOPÉDIE
 CHP MOHAMED V
 CASABLANCA

7058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ





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 IDRISI 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 symphysaire minime.

AU TOTAL

Coxarthrose gauche minime.

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
 Immeuble Communal Route
 Sidi Abderrahmane
 Route d'Azemmour Casablanca
 Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
 Fax : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
 DR. O. ALAMI



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 IDRISI 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
 Route d'Azemmour Far Ben Sidi Abderrahmane
 Tél.: 05 22 90 18 10 05 72 00 00 00
 Fax : 05 22 93 37 13*

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE



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

Le 05.02.2005

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 exarthrose genou + Arthrose de rachis lombosacrum + défaut de vitamine D.

Nécessitant un traitement d'une durée de:

06 (6) 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