

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

- Reclamation : 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 étage Anglé Rue Mohamed Fakhri et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge, Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-457590

ND: 25250

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9387 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHO NADIA

Date de naissance : 17/11/1964

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1.600.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNI
RHUMATOLOGUE
4, Rue des Hôpitaux, Qt. des Ha
Tél: 0522 22 22 22

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KOTNI OTHMANE Age :

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

Nature de la maladie : Rien

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) :

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
20/12/19	CS	300	574	INP : 091024372

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNAA
RHUMATOLOGUE
 Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
 Tél.: 0522 22 3304

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
	11.03.2020	Z36	360,00

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	30000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	30000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 20/12/2015 : الدار البيضاء، في :

KOTNI OTHMANE

Rx du rachis
Lombosacro sp
Rx de sh fco

LOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
409/Amour el Bd. Sidi Abderrahmar
20120 30 10 10/05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNA.

RHUMATOLOGUE

Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél. 05 22 22 23 04

44, زنقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Roched) 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22.22.23.04

البريد الإلكتروني : hasnaab5@hotmail.com

Casablanca, le 11/03/2020

IF : 2221555

IF : 2221555

Facture N° 1099/03/2020

Nom patient : KOTNI OTHMANE

Examen(s) réalisé(s) : Rx BASSIN
RACHIS LOMBO-SACRE F/P

Date Examen(s) : 11/03/2020

Montant : 360 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MONTANT TOTAL
TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

10, Imm. Communal. Ang. route d'Azemmour - Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

*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

11/03/2020

PATIENT : Mr.KOTNI OTHMANE
MEDECIN TRAITANT : DR HASNAA CHERIF BEN MOUSSA
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 fémorales sont d'aspect radiologique normal.

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



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

11/03/2020

PATIENT : Mr.KOTNI OTHMANE
MEDECIN TRAITANT : DR HASNAA CHERIF BEN MOUSSA
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.
- ❖ Attitude scoliotique.
- ❖ Alignement régulier des murs antérieur et postérieur.
- ❖ Bon respect de la hauteur des corps vertébraux et des disques inter vertébraux.

AU TOTAL

Attitude scoliotique.

Conges HAY HASSANI ANFA
RADIOLOGIE GENERALE
Immeuble N° 10105 - Sidi Abderrahmane
Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane
Tél.: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13