

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.

Biologie 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



56362

Déclaration de Maladie : N° P19-0010186

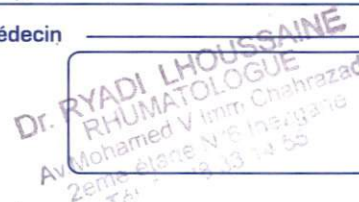
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7580 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSAHIBI Hassan Date de naissance : 01/11/61
Adresse : N°20 bloc 3 HAY ALHAM Dcheira Daggane
Tél. : 0695560949 Total des frais engagés : 488,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ESSAHIBI LANGEN Bakrim Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : algod shlate
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 : 17/12/2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0010186

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7580
Nom de l'adhérent(e) : ESSAHIBI Hassan
Total des frais engagés : 488,90
Date de dépôt :

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
17 Dec 2020	CS		200,00	Dr. RYADI LHOSSAINE RHUMATOLOGUE Av Mohamed Vinnir Chahrazad 2eme Etage N° 33 34 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FETOUKI Dr. M. BOU Bd. A. Bakr Rés. Assakani Al Jihadia Dcheira Tél. : 05 28 33 84 49	17/12/20	88,31

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. RYADI LHOSSAINE RHUMATOLOGUE Av Mohamed Vinnir Chahrazad 2eme Etage N° 33 34 49	17 Dec 2020	7 20	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

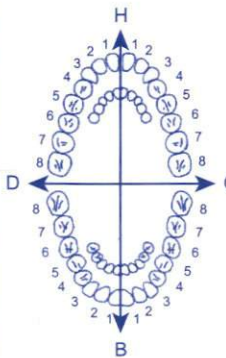
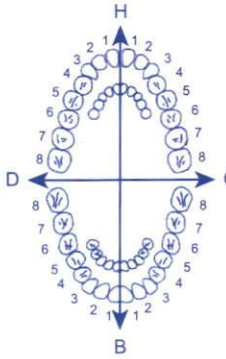
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ryadi Lhoussaine

Diplômé de la faculté de Médecine
Lyon (France)

Spécialiste en Rhumatologie

Diplômé interuniversitaire de

Pathologie Locomotrice Liée au Sport

الدكتور رياض الحسين

خريج كلية الطب بليون فرنسا
إختصاصي في أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري
دبلوم في أمراض الجهاز الحركي
المتعلقة بممارسة الرياضة

Inezgane, Le: 17/12/2020

ORDONNANCE

Mr : ESSAHIBI LAHCEN BAKRI

- 28,77
- 1 **DICLOMAX 50 MG.CP.BT/20**
1 comp matin et soir pdt 10 jours
 - 2 **VOLTARENE EMULGEL**
1 application 3 fois par jour pdt 20 jours
- 60,30
- 88,77



PHARMACIE A
Dr. M. B
Bd. A. Bakr
Al Jih
Tél. : 00

LOT: M0400
EXP: 11/2022
PPV: 60,00 DH

Votre prochain RDV le :

Dr. Ryadi Lhoussaine

Diplômé de la faculté de Médecine
Lyon (France)

Spécialiste en Rhumatologie

Diplômé interuniversitaire de

Pathologie Locomotrice Liée au Sport

الدكتور رياض الحسين

خريج كلية الطب بليون فرنسا
إختصاصي في أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري
دبلوم في أمراض الجهاز الحركي
المتعلقة بممارسة الرياضة

إنزكان في : Inezgane le

17 Dec 2020

C. Z. Z. Z. Z. Z.

ESSAHERBI

LAHORN

BOUJOUR

Indus gen on pul

FC gmalqui chronique
de la tuberculose tibial

Art. du Apophyse
de l'os iliaque (os good shaber)

Dr. RYADI LHOSSAINE
RHUMATOLOGUE
Av. Mohamed V Imm. Chahrazad
2ème étage N° 6 Inezgane
05 28 33 14 55

Dr RYADI Lhoussaine

Diplômé de la faculté de Médecine
Lyon(France)
Spécialité en Rhumatologie
Diplômé interuniversitaire de
Pathologie Locomotrice Liée au Sport
Diplôme de médecine manuelle et osthéopathie

الدكتور رياضي الحسين

إختصاصي في أمراض العظام والمفاصل، العمود الفقري والجهاز الحركي
دبلوم في الطب الرياضي المتعلق بالجهاز الحركي
دبلوم في الطب اليدوي
خريج كلية الطب بليون فرنسا

Date : 17/12/2020

Nom : ESSAHIBI LAHCEN BAKRIM

Je soussigné Dr Ryadi Lhoussaine, certifie avoir reçu
de Mr ESSAHIBI LAHCEN BAKRIM, la somme de 400,00 MAD
pour les actes pratiqués :
Cs + Radiographie : 400,00 Mad

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de
quatre cents Dirhams

Dr. RYADI LHOSSAINE
RHUMATOLOGUE
Av Mohamed V Imm. Chahrazad
2ème étage N° 6 - 13000 Algérie

Code ICE 001660432000087

شارع محمد الخامس عمارة شهرد الطابق الثاني رقم 6 أمام البريد إنزكان - الهاتف 05-28-33-14-55
AV. Mohamed V Imm. Chahrazad 2ème étage N° 6 (en face de la poste)
Tél : 05-28-33-14-55 E-mail : ryadi@menara.ma

