

## 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 - 5ème 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° W19-550553

58170

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Hamiddine Lahcen  
Date de naissance : 25/05/71  
Adresse : N°231 Apt 231 Residence Riad omnia  
Hay choufa An chock Casablanca  
Tél. : 06 53 73 16 84 Total des frais engagés : 1900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495  
ICE : 001679391000063

MUPRAS

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 NOV. 2020  
Nom et prénom du malade : HAMIDDINE Souhaila Age : 28.08.2007  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète  
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 : Casablanca Le : 20 / 11 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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
20 NOV. 2020	C3		300,00	Professeur A. REFASS Chirurgie & Traumatologie-Orthopédie Pédiatrique 237, Bd. Zerktouni - Casablanca Tél : 05 22 94 20 00 - IMPE : 051119495 ICE : 001679391000063

# 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
	21.11.2020	C3	600,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particiant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27-11-2020	T2lonnette	Sc	compensation		250,00

# 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 : <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 <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>11433553</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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





الركنور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

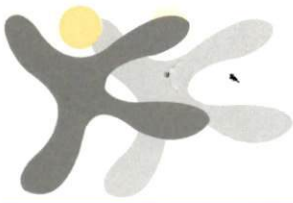
20 NOV. 2020

HAMIDDIENE Souhaila

Talouette Le 15 nov  
pour pied gauche -

250,00  
DH  
Mme Libane CHEDDADI  
38, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 0522 23 05 53 - Fax : 0522 26 38 53  
mediclibane@gmail.com

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 20 80 - INPE : 091119495  
ICE : 001679391000063



الاستاذ الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

20 NOV. 2020

**Nom et Prénom : HAMIDDINE Souhaila.**

**Scoliose.**

**- RX Rachis en entier debout de face et profil avec corset.**

**Signé : Pr. A. REFASS**



**Professeur A. REFASS**  
Chirurgie et Traumato  
Orthopédie Pédiatriques  
237, Boulevard Zerkoutouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 20 03 - Fax: 05 22 94 20 09  
e-mail: a.refass@gmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

N° Admission : 20012944 N° Facture : 20012692 Date facturation : 21/11/2020

Nom et prénom du patient : **Mme HAMIDDINE SOUHAILA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS COMPLET F+P CASSE IINC 30X120	1.00	640.00	640.00
		Sous-Total	640.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Six cent quarante dirhams**

**Total : 640.00DH**

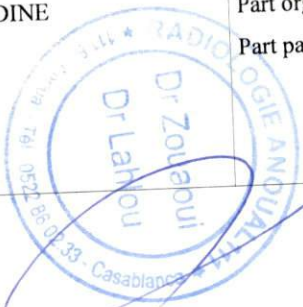
Adhérent : HAMIDDINE

Mle :

PC N° : 000

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 640.00 DH



INFORMATION CLIENT :

Hamiddine Souhaila

Facture N° A491/2020

A Casablanca, le

27/11/2020

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
Talonnette de 15 pour pied gauche	1	250,00	250,00
Montant total ttc			250,00
Montant total tva (20%)			41,67

Arrêtée la présente Facture à la somme de (ttc) :*deux Cent Cinquante Dirhams*

Direction

38, rue des hôpitaux - quartier des hôpitaux - Casablanca - Maroc

Tél. 05 22 27 03 55 GSM 06 61 75 91 12 E-mail medic.pro3@gmail.com

R.C. : 226261 • I.F. : 40234831 • Patente : 36334855 • CNSS : 8571988

Attijariwafa Bank / N° R.I.B : 007 780 0004099000001535 86 • ICE : 000055014000080



MedicPro  
Mme Lihane CHEDDADI  
38, rue des hôpitaux  
quartier des hôpitaux - Casablanca  
0522 27 03 55 • Fax : 0522 20 38 53  
medicpropatient@gmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 21 Novembre 2020

**MME HAMIDDINE SOUHAILA**

## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER FACE ET PROFIL AVEC CORSET

- Scoliose dorsale à convexité droite mesurée de D5 à D11 à 28°
- Réduction de la cyphose dorsale visible sur le profil

**DR. HAMZA FARAJ**

