

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-550553

58170

Autres

 MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hamididine Lahcen

RAM

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : N° 231 Appt 231 Résidence Rad amaria

May choufa As chock Casablanca

1100,00

Tél. : 06 59 79 16 84

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur A. REFASS

Chirurgie & Traumato-Orthopédie

Pédiatrique

237, Bd. Zerktouni - Casablanca

Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495

ICE : 001679391000063



07/11/2001

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20 NOV. 2020

Age : 28.08.2007

Nom et prénom du malade : HAMIDDINE Souhaila

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Holose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

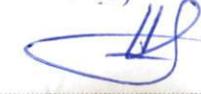
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/11/2020



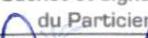
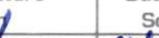
## &lt;divRELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des honoraires
20 NOV. 2020	C3		350,00	Professeur A. REFASS Chirurgie & Traumatologie Orthopédie Pédiatrique 237, Bd. Zerktouer - Casablanca Tél : 05 22 94 20 01 - INPE : 0911194985 ICE : 001679391000063

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHOTOS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21.11.2010	(3/2)	60000

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>Mme Jihane HEDDAD</b> 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53 medicpropatient@gmail.com	 <b>27-11-2020</b> Télephonette de Compétition					<b>250,00Dhs</b>

## &lt;divRELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

### Important :

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"/>

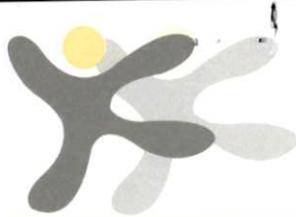
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
		MONTANTS DES SOINS																	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS																	
		DATE DE L'EXÉCUTION																	
<table border="1"> <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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553			
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000																			
35533411																			
B																			
11433553																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



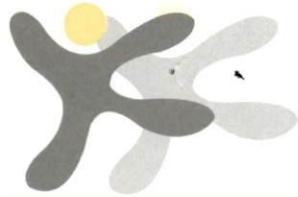
20 NOV. 2020

HAMIDDA / Sehaila

Talouet / Le 15 nov  
pour pré pré opératoire -

250,00  
DH  
Mme libane CHEDDADI  
38, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél. : 0522.233.55 - Fax : 0522.26.38.53  
medicpro@gmail.com

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 20 80 - INPE : 091119495  
ICE : 001679301000063



الدكتور عبد الوالد 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 Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 20 09 - Fax : 05 22 94 20 08

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

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

**M U P R A S**

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

Nom et prénom du patient : Mme HAMIDDINE SOUHAILA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS COMPLET F+P CASSE 1INC 30X120	1.00	640.00	640.00
			<b>Sous-Total 640.00 DH</b>

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



[www.anoual.ma](http://www.anoual.ma) | E-mail : [anoual@menara.ma](mailto:anoual@menara.ma)

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 46 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

**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
			<b>Montant total ttc</b>
			<b>250,00</b>
			<b>Montant total tva (20%)</b>
			<b>41,67</b>

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

  
MedicPro  
Mme Jihane CHEDDADI  
38, rue des hôpitaux  
Quartier des hôpitaux - Casablanca  
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

Dr Chakib BENNANI-SMIRE | 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

