

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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-près 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



MUPRAS

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

7A 229

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011861

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12635 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABBASSI AMINE Date de naissance : 24-10-1984

Adresse : 334 BD ABDELMOUMEN EXCB ETG 4 APTE 4 CASH

Tél : 0665 966 916 Total des frais engagés : 1008,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/04/2021

Nom et prénom du malade : ABBASSI Amine Age : 36

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

Nature de la maladie : Facte apophym br-sme

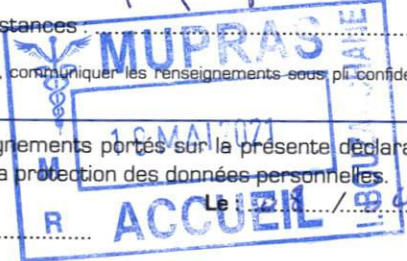
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

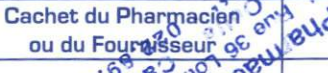
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 04/04/2021



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
24/04/21	C	8	C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/04/21	123,80

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
04/04/21	C	6	C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi Abdellah 05 99 99 99 06	04/04/21	1.23,87

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/04/21	05/04/21	2/3 + 2/3	600,00
08/04/21	08/04/21	2/3	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

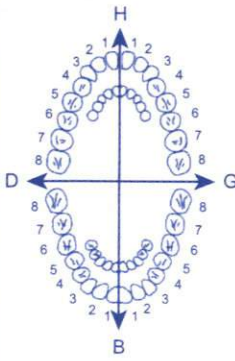
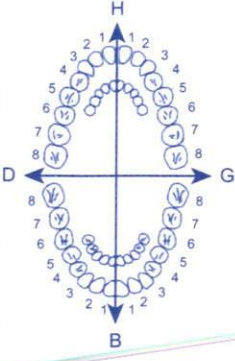
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bil

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														
			DATE DE L'EXECUTION															

6 118000 410010

Devra

الهيئة العامة للغذاء والدواء
السلطنة
السلطنة

6 118000 094173

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

LOT: 20E012
PER: 12/2022



رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ
باراسيتامول / ايبوكوكسيبروفين
عن طريق الفم
20 قرصا



Anapred 20 mg
20 Comprimés
Dava Pharmaceutique
محولات ديفا للصحة
علاجي منجلي مسؤول
صندوق طبي

LOT: M0456
PER: 12/2022
PDU: 40, 300H



Dolostop 1000mg
Boite de 8 comprimés effervescents
RMA 5
Bouchouira - Maroc
Médicament Responsable

Le: 04/04/2024

ORDONNANCE

ABBASSI AMINE

40,90

2 Amaped 

3 q le matin S;

14,80

2 Dolostop 

1 q 2 

Melodolpro

203,2

80

Pharmacie AL MOTAHIDA
31 Rue 36 Lot. Casablanca
Tél: 022.83.56.06

Pharmacie AL MOTAHIDA
31 Rue 36 Lot. Sidi Abderrahmane
Casablanca
Tél: 022.83.56.06



Le s

DRBASH ANINE


Radiolegie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

→ Def in field game

→ Rx du rachis lombosacral

3 Rx der HbA_{1c} Therapie

Dr. Medica K.A. Urgence
Hôpital Hassin
Service des urgences



ABBASSI AMINE

16/04/2021

CIN BE779137

PTLE: 12635

Attestation sur l'honneur

Par la présente, j'atteste que suite à un accident domestique, (Chute dans les escaliers) survenu le 04/04/2021, j'ai consulté dans l'urgence à l'hôpital, puis mon médecin traitant, qui a constaté que je souffrais d'une fracture de l'apophyse transverse (après scanner)

Amine Abbassi



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :1414/2021

Casablanca, le 05/04/2021

Nom patient : **ABBASSI AMINE**

Examen(s) réalisé(s) :

**RX DU PIED GAUCHE F/P
RX DU RACHIS LOMBO-SACRE F/P**

Montant : **six cents (600 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :1485/2021

Casablanca, le 08/04/2021

Nom patient : ABBASSI AMINE

Examen(s) réalisé(s) :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

Montant : deux cents (200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Casablanca, le 05/04/2021

Patient : ABBASSI AMINE

**RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBO-SACRE
FACE / PROFIL**

- Lordose lombaire respectée.
- Absence de trait de fracture décelable.
- Hauteur normale des corps vertébraux.
- Absence de pincement discal.
- Absence de lésion osseuse focale.

**RADIOGRAPHIE DU PIED GAUCHE
FACE / OBLIQUE**

- Absence de trait de fracture décelable.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence de lésion osseuse focale.

Cordialement

DR KETTANI

DR. YAHIA KETTANI
Radiologue Ghandi 282
INPE: 99120229

Casablanca, le 08/04/2021

Patient : ABBASSI AMINE

**RADIOGRAPHIE DU GRILL COSTAL
DE FACE**

- Thorax symétrique.
- Absence de trait de fracture décelable dans les limites de cet examen.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Culs de sac costo diaphragmatiques libres.
- Pas de foyer parenchymateux d'allure évolutive.
- Silhouette cardio médiastinale sans particularité.

Cordialement

DR. KETTANI

DR. YAHIA KETTANI
Radiologie Ghandi 282
INPE: 091200329