

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-586207

84183

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11104

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SABRE NAJAT

Date de naissance :

14-05-69

Adresse :

5 lot 2B Khaldou 2<sup>e</sup> étage  
n° 26 Safi Laymouni

Tél. :

066160048

Total des frais engagés :

390 M

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE  
des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél. 0522 22 23 04

Date de consultation :

13/09/21

Nom et prénom du malade :

SABRE NAJAT

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrite - RHEUMATISME

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 :

13/09/21

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 des Actes
13/09/2011		1		INP: 091024372 CHERIF BEN MOUSSA RHUMATOLOGUE Hôpital, Qt. des

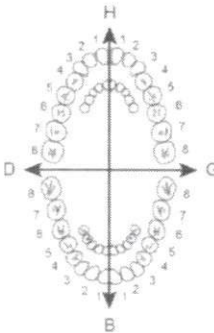
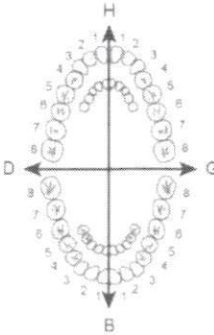
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canalaire, 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>																	
					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

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 : 13/09/2019 في الدار البيضاء

Cause de douleur  
à l'articulation de la hanche  
droite de M<sup>me</sup> SABRE NAYT  
nécessaire la prise d'un bilan  
rhumatologique et radiologique  
à la recherche d'un rhume  
pour pouvoir expliquer  
ces plaintes d'arthralgies

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 : 13/03/2019 : الدار البيضاء، في :

SABRIL NAYAT

Px des tendons pif  
Incidence de SI

RADIOLOGIE HASNAABEN MOUSSA  
10, Imn Communauté d'Associations  
C.Pd. Sidi Abdoumoumin - Casablanca  
Tél. 05 22 22 23 04

CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE

des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél. 05 22 22 23 04

13/09/2021

Casablanca, le .....

**Facture N° 3036/09/2021**

**Nom patient : SABRE NAJAT**

**Examen(s) réalisé(s) : RX DEUX PIEDS PROFIL  
RX SACRO-ILIAQUES**

**Date Examen(s) : 13/09/2021**

**Montant : 390 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
TROIS CENT QUATRE VINGT DIX DIRHAMS**

**13/09/2021**

**PATIENT : Mme.SABRE NAJAT**  
**MEDECIN TRAITANT : DR HASNAA CHERIF BEN MOUSSA**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RX SACRO-ILIAQUES**

**Cher Docteur,**

**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

**Rx SACRO-ILIAQUES**

- ❖ Aspect régulier des berges sacrées et iliaques sans ostéocondensation anormale ou érosion notable à leur niveau.
- ❖ Les interlignes articulaires sont respectés.

**AU TOTAL**

**Articulations sacro-iliaques d'aspect radiologique normal.**

**Confraternellement**

**DR O. ALAMI**

R  
A  
D  
I  
O  
  
P  
A  
N  
O  
R  
A  
M  
I  
Q  
U  
E  
  
D  
E  
N  
T  
A  
I  
R  
E  
  
N  
U  
M  
É  
R  
I  
S  
É  
E

D  
O  
P  
P  
L  
E  
R  
  
C  
O  
U  
L  
E  
U  
R  
  
E  
T  
  
E  
N  
E  
R  
G  
I  
E



Casablanca , le 13/09/2021

PATIENT : Mme. SABRE NAJAT  
MEDECIN TRAITANT : DR CHERIF BEN MOUSSA HASNAA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DEUX TALONS PROFIL

Cher Docteur,  
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

**RX DEUX TALONS PROFIL**

- ✓ Transparence osseuse homogène.
- ✓ Très discrète épine calcanéenne plantaire, de manière bilatérale.
- ✓ Absence d'anomalie ostéo articulaire notable, par ailleurs.

Confraternellement

**DR O. ALAMI**