

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.

Diagnostique 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

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 - 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 055387

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : RAM 25312

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

Date de naissance : 13/11/1956

Adresse : 8 Rue Mansour G.H. CASA

Tél. : 0668592927 Total des frais engagés : 1250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/21

Nom et prénom du malade : Benzekri Youssef Age : 18a

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

Nature de la maladie : Sclérose en plaques - lésion

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 : Casa Le : 02/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 02/09 | 21 | 9 | 270,00 | |
| 21/09 | 21 | | Corbel | |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Dr. BERRADA EAT Med. Abdou Radiologie Générale 41 Rue Med Sedki Tél: 20 00 BIBL - 001032318 | 02-04-2022 | 2 22 + 7 18 | 800 DH + 200 DH |

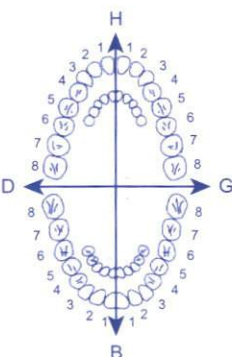
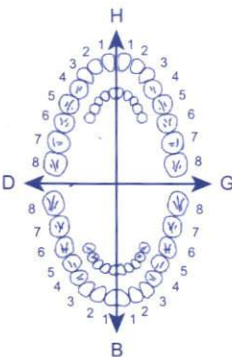
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des maladies des OS,
des Articulations, la colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la faculté de Médecine de rabat
Ancienne Médecin à l'hôpital EL Ayachi - Salé



د نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 02/09/21 في: الدار البيضاء،

m^e Youssef Benzekri:

Quel Su:

Rx radié Cervico - lombo -

lombo - inférieure

Face debout -
profil.

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki Ter Etane
Tél: 20 62 15 60 02 27 33 40

Dr AISSAOUI NAWAL
Rhumatologue
App. N°3 Im. 28 me Addamane Angle
Bd. El Ouds Ouled Haddou - Ain Chok
Casablanca - Tél: 05 22 87 33 40
INPE 091165670

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 السفلي، عين الشق - الدار البيضاء

App, N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd, El Kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

الهاتف / الفاكس : 05 22 87 33 40 / Tél. / Fax :

Casablanca , le 02/09/2021

COMPTE RENDU DE : BENZEKRI YOUSSEF

DR : AISSAOUI

RX RACHIS ENTIER F/P + BASSIN DE FACE

- Déviation du rachis dorsal à convexité droite avec un angle de COBB mesuré à $0,3^{\circ}$, gardant les mêmes mensurations lors de l'examen précédent du 27/11/2020.
- Déviation du rachis lombaire à convexité gauche avec un angle de COBB mesuré à $0,8^{\circ}$ versus 1° .
- Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.
- Hauteur conservée des corps vertébraux.
- Espaces inter somatiques conservés d'un étage à un autre.
- Bascule du bassin à droite estimé à 8mm
- Articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques conservés.
- Sphéricité conservée des têtes fémorales.
- Aspect normal des parties molles.

Merci de votre confiance.

DR FATHI BERRADA

41, Rue Med Sedki 1^{er} Etage
Tél : 20 62 15/20 62 16 - Casa



Facture N° 11219/2021

Casablanca, le 02/09/2021

Nom patient : BENZEKRI YOUSSEF

Examen(s) réalisé(s) : RACHIS ENTIER FACE + PROFIL: 800 DH

BASSIN DEBOUT FACE: 200 DH

Montant : mille (1000 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME

DE : 1000 DH

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1er
Tél 20.62 15/20 62