

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.

N° W21-673117

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12167

Société : RCM

☐ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : ALASSAD MUKTAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

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'attache médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakih et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-654554

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12567 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAKTOUR WASSIME

Date de naissance : 28/11/1987

Adresse : RES. JANE CALIFORNIE Inn YAKOUT 3

Tél. : 0662545849 Total des frais engagés : 1458,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2021

Nom et prénom du malade : EL HAKTOUR WASSIME Age :

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

Nature de la maladie : Rhumatologie

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 : CASABANCA Le : 23 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-654554

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

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
23/11/21	U	250DA		
03/12/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
23.11.21 09205890	408,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/11/21	2x Echographie	500DA
	23/11/21	Echographie	300DA

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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																	
	<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>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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Creation, 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

Dr. Iiham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني

أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
مشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

23/11/2021

MR EL MAKTOUM WASSIME

34170
• **S CORT 20 MG**

2CP PAR JOUR 4 PUIS arrêt

59,30
• **Brexin 20 mg - comprimé sécable**

1 Comprimé, milieu repas par jour 7J PUIS AU BESOIN

34100
198100
22,50
• **Mydoflex 150**

1 Comprimé x3/j PENDANT 7J PUIS AU BESOIN

• **nociceptol**

1 app *3 par jour

• **Omiz 20 mg - gélule**

1 Gélule, au réveil, pendant ,7J a jeun

Casablanca le :

59,30
SER 05 / 24
CV 59DH30

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3850
EXP: 10 2023



LOT N°:

UT/AV:

PPV (DH):

34,70

شارع القدس (شارع يافا), إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا), عمارة 404. الطابق الأول, رقم 7 عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods (Bd Yafa), Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 0767164383 - E-mail: cabinetsehban@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

23/11/2021

MR EL MAKTOUM WASSIME

RADIOGRAPHIE : RACHIS ENTIER F+P

Casablanca le :

NOTE D HONORAIRE

MONTANT : 500 DH

SIGNATURE :

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue - Nutritionniste
404, Bd Al qods - Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik)
1^{er} étage - N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69

شارع القدس (شارع يافا). إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا). عمارة 404. الطابق الأول. رقم 7 عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods (Bd Yafa) , Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 0767164383 - E-mail: cabinetsehban@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

23/11/2021

MR EL MAKTOUM WASSIME

COMPTE RENDU

Casablanca le :

RADIOGRAPHIE RACHIS ENTIER F+P

DISCRETE SCOLIOSE 3° AVEC DISCRET PINCEMENT L5S1

SIGNATURE :

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue - Nutritionniste
404, Bd Al qods - Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik)
1er étage, N° 7, Ain chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - GSM : 0767164383

شارع القدس (شارع يافا). إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا). عمارة 404. الطابق الأول. رقم 7 عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods (Bd Yafa), Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 0767164383 - E-mail: cabinetsehbani@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI

RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني

أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale

Ostéoporose

Maladies rhumatismales (Lille-France)

Biothérapie

Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)

Nutrition

العمود الفقري

هشاشة العظام

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)

التغذية

23/11/2021

MR EL MAKTOUM WASSIME

NOTE D HONORAIRE

Casablanca le :

ECHOGRAPHIE : EPÄULE Droite

MONTANT: 300 DH

SIGNATURE :

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue - Nutritionniste
404, Bd Al qods, Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik),
1er étage, N° 7, Ain chok - Casablanca
Tél: 05 22 50 68 69

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue - Nutritionniste
404, Bd Al qods, Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik),
1er étage, N° 7, Ain chok - Casablanca
Tél: 05 22 50 68 69

شارع القدس (شارع يافا). إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا). عمارة 404. الطابق الأول. رقم 7 عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods (Bd Yafa), Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 0767164383 - E-mail: cabinetsehban@gmail.com

ECHOGRAPHIE EPAULE droite

- LPB : normal
- Tendon sub scapulaire : aspect hétérogène sans rupture ni calcification
- Tendon sus-épineux : normal
- Tendon sous-épineux : normal
- absence de bursite

Dr. Ihsan SEIBANI
Rhumatologue-Nutritionniste
402, Bd Al Fatah, Résidence El Soukane El Joud
Tél : 05 55 55 55 55 - 05 55 55 55 55

saote MyLab

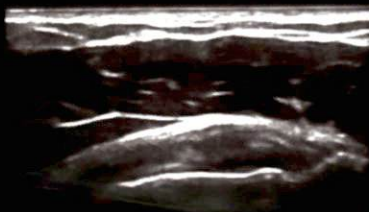
CABINET DE RHUMATOLOGIE DR SEHBANI

23 NOV 2021 15:08:22

MR WASSIME EL MAKTOUM

B F 15 MHZ G 70%
P 4 CM XV C
PRC 12-5-H PRS 5
PST 4

EPAULE LA435



SUB SCAP G

saote MyLab

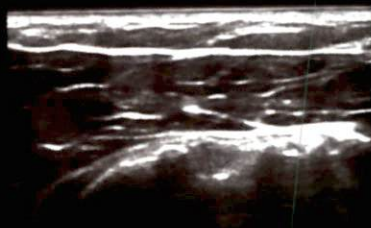
CABINET DE RHUMATOLOGIE DR SEHBANI

23 NOV 2021 15:08:21

MR WASSIME EL MAKTOUM

B F 15 MHZ G 70%
P 4 CM XV C
PRC 12-5-H PRS 5
PST 4

EPAULE LA435



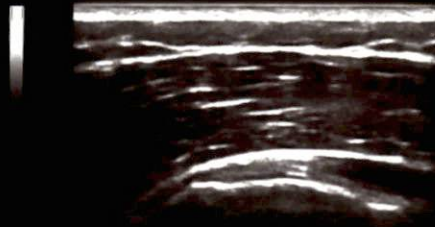
LPB G

MR WASSINE EL MAKTOUM



B F 15 MHz G 70%
P 4 CM XV C
PRC 12-5-H PRS 5
PST 4

EPAULE LA435



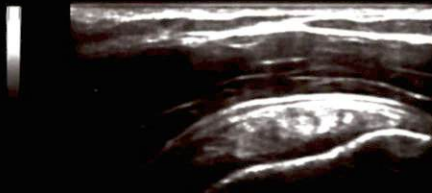
SS EPINEUX G

MR WASSINE EL MAKTOUM



B F 15 MHz G 70%
P 4 CM XV C
PRC 12-5-H PRS 5
PST 4

EPAULE LA435



SUS EPINEUX G