

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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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

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° M21- 073859

104171

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

MUPRAS
RECEPTION 9

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05535 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAANI Abdelmajid

Date de naissance : 08-09-1960

Adresse : Residence EL Wahda Imm F5

Appt 4A Benedriel

Tél. : 0662130426 Total des frais engagés : 0805,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia CHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél : 0522 33 65 99

Date de consultation : 21/12/2021

Nom et prénom du malade : NAANI Abdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : Douleurs intenses de la hanche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Embolie

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 : Denoua Le : 18/01/22

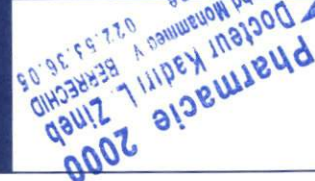
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
21/12/24	1C	21	150 DH	
21/12/24	Contrôle -		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.12.24	150 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/12/2024	R & R Lateral + Hnch @	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

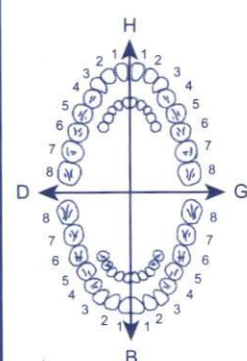
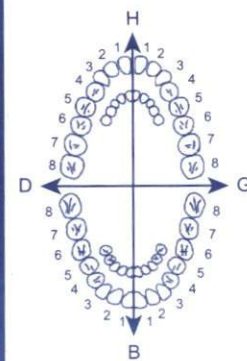
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 23/12/2024 برشيد

NAANI Abdelmaïed

39.00
1) Mefsal 15 cp
1 cp tj le matin

79.00
2) Myobil cp
1 cp x 21 j
PPC: 79,00 DH
V003 - ETMY0B30CPMCP
6 111250 430289

37.00
3) Duoaxol cp
1 cp x 3 tj
37.00

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél.: 0522 33 65 99

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.63.36.05

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سميرة الغمراوي
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

الطب العام
الفحص بالصدى

برشيد، في : 21/12/2021
Berrechid, le :

NAANI Abdelmajid

1) Rx du Rachis Lombar
Face
Profel.

2) Rx. hanche gauche
de face.

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
3, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél : 0522 33 65 99

Dr. ABOUBADALLAH Nawfal
د. نوفل أبو عباد الله
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid

NOM & PRENOM : NAANI ABDELMAJID

Berrechid, le

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P ET HANCHE
G FACE

COMPTE RENDU

Cher confrère,

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT :

- AU NIVEAU DU RACHIS LOMBAIRE :

Attitude scoliotique lombaire à convexité droite sans image de rotation vertébrale.

Statique lombaire conservée dans le plan sagittal.

Présence de quelques remaniements ostéophytiques antérieurs lombaires étagés d'allure arthrosique.

Bon alignement de la ligne des murs antérieurs, des murs postérieurs et de la ligne spino-lamaire.

Hauteur conservée des corps vertébraux.

Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.

Aspect normal des articulaires postérieures.

Pincement minime postérieur des espaces intersomatiques L4-L5 et L5-S1.

Aspect normal des parties molles paravertébrales.

- AU NIVEAU DE LA HANCHE GAUCHE :

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse post-traumatique visible.

Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.

Intégrité osseuse des branches ilio et ischio-pubiennes.

Sphéricité conservée de la tête fémorale gauche.

Interligne articulaire coxo-fémorale gauche conservée.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.

AU TOTAL :

Discopathie dégénérative lombaire basse avec pincement minime postérieur des espaces intersomatiques L4-L5 et L5-S1.

Attitude scoliotique lombaire à convexité droite sur rachis de type dégénératif siège de remaniements ostéophytiques antérieurs étagés.

À confronter aux données cliniques.

*Dr. ABOUDALAH NAANI
م. نوفل
Méd. Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid*



مصحة ابن زهر
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 21/12/2021

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 6 0 0 6 2 7 1 8

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

ESTIMATION N°

2943 / R / 2021

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom NAANI ABDELMAJID

N° CIN BJ22267

☐ Assuré(e) ☐ Conjoint ☐ Enfant

Médecin correspondant : DR GHAMRAOUI

N° TEL :

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
RADIOLOGIE - BASSIN	1	200,00		200,00
RADIOLOGIE - RACHIS LOMBAIRE FACE ET	1	300,00		300,00
TOTAL				500,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

CINQ CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

PAYE

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid