

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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-560954

Cover

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : L.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida A06035

Date de naissance : 22/08/1945

Adresse : 27 Rue Ibn Bouibiane appt 4 Rindane
AL KASBAH - AGDAL - Rabat

Tél. : _____ Total des frais engagés : 700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Najib EL OMARI

Cachet du médecin : Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie
Hyperbare
H.M.I.M.V - Rabat -
INDE - 101 104 784

Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age : 76 ans

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

Nature de la maladie : Plaie pied de cheville gauche

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 : Rabat Le : 28/01/2022

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
28/01/2012	Cx	Cx	200,00	INP : 101104784 Dr. Najib Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Manne Ex Médecin Chef de Service Oxygène Hypomane Rabat - 34 784

INP: 101104784

INP: 10/104784
Dr. Najib El Amrani
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Manne Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie
Hypertension
H.M.I.M. Rabat -
INPE: 10/104784

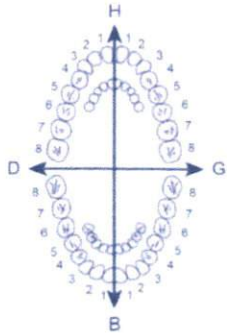
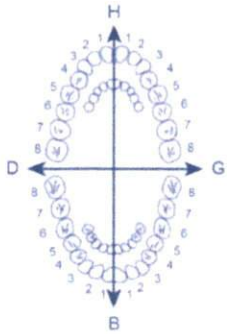
[illegible][illegible][illegible]

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAJIB EL OMARI

Médecine Générale

الدكتور نجيب العمري

الطب العام

Médecin colonel retraité
Ancien Médecin chef du service
Oxygénothérapie Hyperbare
Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat
Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

طبيب كولونيل متقاعد
رئيس مصلحة العلاج بالأكسجين
تحت الضغط بالمستشفى العسكري
الدراسي محمد الخامس بالرباط سابقا
طبيب رئيسي للبحرية الملكية سابقا

INPE : 101 104 784

Ordonnance

وصفة طبية

Rabat le : 28/01/2022: الرباط

M^{me} MAMRI ZOUBIDA

Faire SVP:

- RX cheville gauche Face+Prof.

- RX avt pied gauche Face et Oblique

Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie
Hyperbare
H.M.I.M.V - Rabat
INPE : 101 104 784

CABINET DE RADIOLOGIE
M. AGDAL
82 Bis, des Nations Unies
Angle Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél : +212 537 67 49 49 - Fax : +212 537 67 54 07

Imm 49 appartement 2 - 1er étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat
Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : elomarifmb.nabb@gmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero:A/02079
Rabat 28/01/2022

Nom patient	Date examens
MAMRI Zoubida	28/01/2022

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
PIED FACE+ PROFIL	250,00
CHEVILLE FACE + PROFIL	250,00
TOTAL	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

CINQ CENTS DIRHAMS

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL
82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél. : 0537 67 49 49 - Fax : 0537 67 54 07

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 28/01/2022

Mme MAMRI Zoubida (née le 22/08/1945)

Examen demandé par : -

Dr MAMRI

CABINET DE RADIOLOGIE
82, Bd. Av. des Nations Unies
Rabat, Agdal - Maroc
Tél : 05 37 67 49 49 - Fax : 05 37 67 54 07

CHEVILLE GAUCHE DE FACE ET DE PROFIL

- Les interlignes articulaires sont respectés.
- Gonflement des parties molles en regard de la malléole interne.

AVANT-PIED GAUCHE DE FACE ET EN OBLIQUE

- Hallux valgus avec remaniements dégénératifs modérés métatarso-phalangiens du gros orteil.
- Arthrose inter-phalangien^{te} du gros orteil.
- Déminéralisation osseuse juxta-articulaire.
- Absence d'anomalie des parties molles péri-articulaires.

CABINET DE RADIOLOGIE
DR. SBIHI - DR. DINIA
DR. BENJELLOUN
DR. KABBAJ

AD/SA



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 28/01/2012

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule: 20678	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: MAMRI Zakaria	N° Tél bureau: /
Nom et Prénom du bénéficiaire: /	N° Tél domicile: 0661223402
Dr. NAJIB EL OMARI Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale Ex Médecin Chef de Service Oxygenothérapie H.M.M.V. Rabat - INPE : 101 104 784	
Je soussigné: /	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: MAMRI Zakaria	
Nécessite: une Radiothérapie pour faire disparaître la tumeur de la prostate	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) /	
Une hospitalisation de: (Approximatif) /	
A: (préciser l'établissement hospitalier) /	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): Douloureux chevilles et pieds gauche avec rapport à la marche après chute	
cachet, date et signature du praticien	
Décision: /	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76