

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.

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° W21-715882

par internet

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : _____			
Société : ROYAL AIR MAROC			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSAKHI HALIMA
Nom & Prénom : _____			
Date de naissance : 01/01/1947			
Adresse : 158, AVENUE HOUMAN EL FETOUAKI, RABAT			
Tél. : 0651550056 Total des frais engagés : 2.160 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Docteur TRIQUI Abdellatif			
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique			
Chirurgie Arthroscopique			
13, Rue Al Achbari, App N°6, 2ème étage -AGDAL - Casablanca - Maroc de l'Hôtel Ourida			
Télé : 0537 77 40 50			
17 JUN 2022			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : ESSAKHI HALIMA Age : 75			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HNEUX VAGUS BNFERIN			
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 : 17 JUN 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-715882

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 : 0806
Nom de l'adhérent(e) : ESSAKHI HALIMA
Total des frais engagés : 2.160
Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Chihab BENHAJ Rue Moulay Slimane - SIDI BOU 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 02 GSM : 06 61 22 24 13	17/06/22	229,7881 100	18600000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHERENT

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



عيادة الفحص بالأشعة RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديوجرافيا - مكتبر - إيكوغرافيا - راديوaktان و المتر

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Rabat le : 17/06/2022

Patient Nom et Prénom : Mme. ESSAKHI HALIMA
Prescripteur : DR TRIQUI ABDELLATIF
Date d'examen : 17/06/2022

ÉCHODOPPLER ARTÉRIEL DES MEMBRES INFÉRIEURS

- * *L'exploration morphologique des axes artériels des membres inférieurs ne montre pas d'anomalie morphologique ni de plaque ou épaissement des parois.*
- * *L'étude des courbes vélocimétriques, du sonogramme ainsi que de l'analyse spectrale de fréquence ne montre pas d'anomalie des artères fémorales, poplitées et jambières. Les flux sont classiquement triphasiques, amples et symétriques.*

Conclusion :

- * *Absence de sténose artérielle décelable.*

Merci de votre confiance

Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville
Dr. Chakib BENMOUSSA
8, Rue Moulay Slimane - Rabat
Tel: 06 37 72 51 36 / 06 37 72 54 07
GSM: 06 61 22 24 13



عيادة الفحص بالأشعة
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديولوجي - سكانتر - إيكوغرافيا - راديو الاستئنان والتنفس

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Rabat le : 17/06/2022

Patient Nom et Prénom : **Mme. ESSAKHI HALIMA**

Prescripteur : **DR TRIQUI ABDELLATIF**

Date d'examen : **17/06/2022**

**RADIOGRAPHIE DES DEUX PIEDS : FACE + PROFIL
EN CHARGE & INCIDENCE DES SESAMOÏDES
(GUNTZ)**

- * *Ostéopénie.*
- * *Les angles aux sommets des arches internes sont chiffrés à 120° du côté droit et à 127° du côté gauche.*
- * *Hallux valgus bilatéral (valgus de 50° à droite et de 47° à gauche) avec longueur excessive des gros orteils.*
- * *Les métatarsiens sont déplacés en dedans :*
 - *angle M1/M2 : 15° à droite et 19° à gauche.*
 - *Angle M1/M5 : 52° à droite et 49° à gauche.*
- * *Anomalie de positionnement bilatéral des sésamoïdes tibiaux qui se sont latéralisés au même niveau que les sésamoïdes fibulaires (type 2).*
- * *Pincement bilatéral des interlignes articulaires métatarso-phalangiens.*
- * *Enthésopathies calcifiées (épine) rétro et sous-calcanéennes.*

Merci de votre confiance

Dr C. BENMOUSSA
Dr. Chihab BENMOUSSA

3, Rue 20 Juillet 1955 - Rabat
Tél (00) (212) 0537 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13
E-mail : radcentreville@hotmail.com



عيادة الفحص بالأشعة
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديوجرافيا - سكانر - إيكوغرافيا - راديوجرافيا - ماموجرافيا

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Patente N° 25109678 ICE 000016140000041
R.C N° :49433, IF:03302816, CNSS : 6077798



100000660

Rabat le : 17/06/2022

FACTURE N° : 2366/2022

Je Soussigné, Dr C. BENMOUSSA certifie que ESSAKHI HALIMA a effectué la radiographie suivante :

PIEDS : FACE + PROFIL 860,00

ECHODOPPLER ARTERIEL DES MEMBRES INFÉRIEURS 1 000,00

Dont le montant est :	1 860,00
-----------------------	----------

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE HUIT CENT SOIXANTE DIRHAM(S)

Type de payement : ESPECES

Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville
Dr. Chihab BENMOUSSA
8, Rue Moulay Slimane - Rabat
Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 67
GSM : 06 61 22 24 13

Résidence Royale, 8 Rue Moulay Slimane - Appt, 1 (Face à la Wilaya) - Rabat

Tél (00) (212) 05 37 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13
E-mail : radcentreville@hotmail.com

Docteur TRIQUI Abdellatif

• Chirurgie orthopédique et traumatologique

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

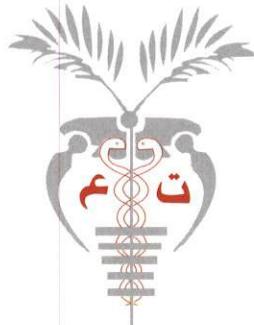
Ancien attaché au Centre hospitalier Ibn Sina

Ancien Chef de service des hôpitaux de Beni mellal et Oujda

• Chirurgie Arthroscopique

Diplômé de la faculté de médecine de Rennes

Membre de la société francophone d'arthroscopie



Rabat le : 17 JUIN 2022

• اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

ملحق سابق بمستشفى ابن سينا

رئيس مصلحة سابق بمستشفىبني ملال و وجدة

• اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار

خريج كلية ران

عضو الجمعية الفرانكوفونية

Mme ESSAKIT HALIMA
♀ de 75 ans - Horneix Varus Böllérel
+ "Jambes courbes"
1) Rx Pieds droit et gauche
- Profil
- Tendinite des pectorales

2) Echo de l'oreille Antérieur des membres
En Face de l'hôtel Ourida

Docteur TRIQUI Abdellatif
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Arthroscopique
En Face de l'hôtel Ourida
Tél: 0537 77 40 50

INPE 0810 98 113

13, Rue Al Achaari, App N°6, 2ème étage -AGDAL -Rabat, 13, زنقة الأشعري رقم 6. الطابق 2 . أكدال-الرباط

أمام فندق وردة

الهاتف : 0537 77 40 50 - الفاكس : 0537 77 75 71 -GSM: 0661 19 93 60 : 05 37 77 75 71 الجمول :

E-mail : latiftriqui1@gmail.com البريد الإلكتروني: