

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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° W21-723557

PCN
com

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société : 125523

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Inted Boumehdi Nira

Date de naissance : Rue ALKhabab n° 54 Hay lin biat

Adresse : Sâg

Tél. : 06 44 64 6868 Total des frais engagés : 2600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M LEO BANNI

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

Nature de la maladie : Inted Boumehdi Nira

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 : Le : 21/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-723557

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 : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Inted Boumehdi Nira

Total des frais engagés : 2600,00 Dhs

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	21/04/23	26	

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

* 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 traitements 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(Création, 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. A. ISMAEL

Agrégé de Traumatologie et d'Orthopédie
de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Professeur

Chef de Service & de Département au Centre
Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat

Expert assermenté auprès les Tribunaux



الدكتور ع. إسماعيل

أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل
من كلية الطب بالرباط

أستاذ جامعي رئيس قسم وشعبة سابقا
بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا بالرباط

خبير محلف لدى المحاكم

جراحة العظام والمفاصل
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

08.07.2022

Centre de Radiologie L'OPERA
Dr Boumehti BOUNHIR
Médecin Radiologue
INPE : 101104123

DOULEUR BOUMEHDI MIRA

0104151

06.44.64.68 68

Lombosciatalgie bilatérale

multitraitée sans soulagement

STIR rachis lombaire.

Centre de Radiologie L'OPERA
Dr Boumehti BOUNHIR
Médecin Radiologue
INPE : 101104123

Dr. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie-Orthopédie
Résidence Bouda, Pl. Bab el Mellah
Rabat Tél : 05 37 73 12 23

42, Avenue Hassan II - Place Bab el Mellah - Résidence REDR - Immeuble G - 1er étage - (à côté de la REDAL) - Rabat

الهاتف : 05 37 70 09 16 / Tél : 05 37 73 12 23 - الفاكس : 05 37 73 12 24 - الواتساب : 06 42 56 80 49

E-mail : praismael@yahoo.fr - ismaelcabinet@gmail.com

الدكتور بومهدي بونهير

Salé le :

Nº 13924/2022



Salé, le 21/07/2022

Nom du patient(e): Mme OULED BOUMEHDI Mira

Nom du médecin: Pr ISMAEL A

IRM LOMBAIRE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IRM SIEMENS 1.5 Tesla en coupes sagittales en séquences T1 et T2 et axiales en séquences T2 sans injection du produit de contraste.

RESULTATS :

Chute de signal en T2 des disques intervertébraux en rapport avec une discopathie dégénérative.

Rectitude du rachis lombaire.

• **Au niveau L2-L3 :**

- Protrusion discale circonférentielle réduisant les foramens latéraux
- Absence d'anomalie des parties molles para-vertébrales.
- Absence de lésion osseuse.

• **Au niveau L3-L4 :**

- Protrusion discale circonférentielle réduisant les foramens latéraux
- Absence d'anomalie des parties molles para-vertébrales.
- Absence de lésion osseuse.

• **Au niveau L4-L5 :**

- Pincement discal avec protrusion discale circonférentielle réduisant les foramens latéraux.
- Absence d'anomalie des parties molles para-vertébrales.
- Absence de lésion osseuse.

• **Au niveau L5-S1 :**

- Absence de débord discal
- Absence d'anomalie des parties molles para-vertébrales.
- Absence de lésion osseuse.

CONCLUSION :

Aspect IRM en faveur d'une discopathie dégénérative protrusive étagée réduisant les mensurations canalaires.

Merci de votre confiance.

Dr Boumehdi BOUNHIR

Centre de Radiologie L'OPERA
Dr. Boumehdi BOUNHIR
M. en Rad. Méd. 48 Avenue Med V
Lot. Mar. Salé - Tél. : 05 37 86 00 22