

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'Hôpital 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

M22- 0007988

128857

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2310 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MANAR ABDELWAHAB

Date de naissance : 08/11/52

Adresse : ETT HABIBA 129 EL OULFA

Tél. : 0670 39 1833 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/08/22

Nom et prénom du malade : HAOUAR LATI FAKH

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

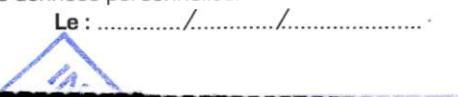
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>K. Pharmacie 16, Bd. de la Liberté tel : 05.22.31.47.17 - CASABLANCA</i> | 9.6.2022 | 209,80 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
| | 10.6.22 | radiologue | 2001 W |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8 on each side. Arrows indicate | | | | |

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

Spécialiste des maladies des os et articulations, des muscles, de la colonne vertébrale et du système nerveux.

Urodynamique



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

إختصاصي في أمراض العظام
والمفاصل والغضارات والعمود الفقري

والجهاز العصبي

النيوروديناميک

Benslimane, le 09/6/22

17 HADAR latif

824,80

- Bredin 20 → 7



2 gr en pain nigr le m ujrs ngr
ptt 48 = ptt 1 y/j le m ujrs

mpa gr 0,8 - j

10,25 Dostop



PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBA
16, Bd. de la Liberté
Tél: 05.22.31.47.17 - CASABLANCA

52,80 1 y/j fin -

- Vadelis 20 →

1 y/j

Dr Fayçal AZIZ
Spécialisé en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane
Gsm: 06 60 11 02 20 (Mp: 0910 652)

شارع الحسن الثاني الطابق 2 إقامة وليد رقم 04 - بن سليمان الهاتف/الفاكس: 61 05 23 29 61 61
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid N° 04 - Benslimane - Tél/Fax : 05 23 29 61 61

LOT 84,82



LOT : 9917
UT AV 09-24
P.P.V : 10 DH 20

LOT 84,80



LOT 210580
EXP 12/2023
PPV 30,000DH

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

Spécialiste des maladies des os et articulations, des muscles, de la colonne vertébrale et du système nerveux.
Urodynamique



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

إختصاصي في أمراض العضام
والمفاصل و العضلات و العمود الفقري
والجهاز العصبي
اليوروديناميک

Benslimane, le

09/6/22

γ = HADAR Latifia

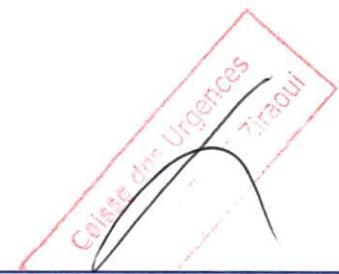
Traumatisme à niveau du nerf poplité droit + lombalgie

Fait:

Echographie à niveau poplité droit.

Dr. Fayçal AZIZ

Spécialiste en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane
Gsm : 06 60 11 02 20 - INR : 01116527



شارع الحسن الثاني الطابق 2 إقامة وليد رقم 04 - بن سليمان الهاتف/الفاكس : 05 23 29 61 61
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid N° 04 - Benslimane - Tél/Fax : 05 23 29 61 61

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

Spécialiste des maladies des os et articulations, des muscles, de la colonne vertébrale et du système nerveux.

Urodynamicique



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

**يختص في أمراض العضام
والمفاصل والعضلات والعمود الفقري**

**والجهاز العصبي
اليوروديناميكي**

Benslimane, le

09 / 06 / 22

م ٢٠

HADAR

l - fi - fa -

Gonalgie lute + jadouement.

Foulé

Réduire genou lunt fax + chajji

Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane - Tél/Fax : 05 23 29 61 61
Gsm : 06 60 11 02 30 - 06 60 11 16 527

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

INPE: 090001553 ICE: 00175736400000 IF: 1602058



N° IPP : 743160 N° SEJOUR : 220018516

FACTURE N° 2203004870

DATE D'ENTREE : 10/06/2022 DATE DE SORTIE : 10/06/2022

ASSURE :

MALADE : HADAR,Latifa

UF: 5003 RADIOLOGIE

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

HADAR,Latifa

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLE

NOMBRE
x COEF

PRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

ECHOGRAPHIE

ECHOGR

1.00

200.00

200.00

0.00

200.00

Intervenant : M0200021 DR MESTOUR MOHAMED

TOTAUX :

200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 200.00

AVOIR :

RESTE DU:

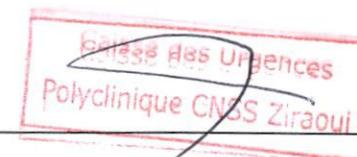
0.00

DATE FACTURE : 10/06/2022

EDITEE LE : 10/06/2022 PAR: R8174

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA



N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 10/06/2022

NOM : Mme HADAR LATIFA

MEDECIN DEMANDEUR : Dr

EXAMEN : Echographie des parties molles du creux poplité DROIT

- Présence d'une formation au niveau des parties molles du creux poplité fusiforme oblongue, kystique, hypoéchogène hétérogène et à paroi épaisse, mesurant 40 x 29 x 82 mm évoquant un *kyste poplité avec des formations hyperéchogènes en son sein*

CONCLUSION Aspect en faveur d'un kyste poplité avec des osteo chondromes en son sein

Dr M MESTOUR

