

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-679834

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10678

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BATISSON, Houda

Date de naissance :

16/06/60

Adresse :

Tél. :

0661.41.2620

Total des frais engagés :

250 DC +

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AISSAQUI NAWAL
Rhumatologue
Appt. N°3 Imm. 28 02 Admame Angle
Bd. El Oudjoudj Haddou Ain Chok
Casablanca Tél : 3522 87 33 40
INPL 091165670

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/02/23

Nom et prénom du malade :

Batissou Houda

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 :

Casa

Le :

10/3/23

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 Praticien
17/04/23		270,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

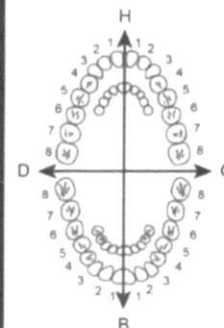
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/04/2023	dorsal	36090

AUXILIAIRES MEDICAUX

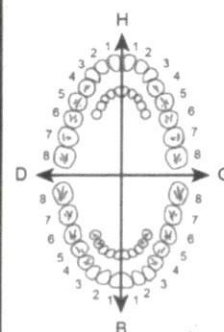
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433553
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nawal AISSAQUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل، العمود

الفكري والأوتار

دبلوم كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 17/02/23 : الدار البيضاء, في :

M^{re} Bahssan Houda

Rx *radios* - *lombaire*
Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0525 46 466
E-mail : www.hck-tckm.ma
Face
debout -
profil -



زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي, عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El Kods et Ouled Haddou - Ain Chok Casablanca

الهاتف / فاكس : 0522 87 33 40

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2304111259477150 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300668774	SAADAoui BAHSSOUN HO	11/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	1300018 / bp mlle bahssoun houda	360,00
PAYANT	Total payé	360,00
TROIS CENT SOIXANTE DIRMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : FOU.SAB

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Séville - Espagne
Tel : +34 95 44 66 66
E-mail : www.ick-kk.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 51 962 / 2023 du 11/04/2023

Nom patient : SAADAoui BAHSSOUN HOUDA

Entrée 11/04/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES	.			
RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSAL DE FACE ET	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE DE PROFI	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	360,00
Total Frais Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total 360,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	360,00	360,00	0,00

Ref Chq : 1300018 / bp/

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 529 00 44 66
E-mail : www.hck-fckm.ma



CASABLANCA, le 11/04/2023

PATIENT : SAADAOUI BAHSSOUN HOUDA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Rachis dorso-lombaire F+P**

Rx DU RACHIS DORSO LOMBAIRE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Légère attitude scoliotique à convexité droite à l'étage dorsale et à convexité gauche à l'étage lombaire.

Statique rachidienne conservée.

Corps et disques inter vertébraux de morphologie normale à l'étage lombaire.

Pincement discal à l'étage dorsal avec ostéophytes marginales.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI - Dr HABI**

