

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-795301

par
l'adhérent

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 267 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASSEBANE MOHAMED

Date de naissance : 18.11.1933

Adresse : AGADIR

Tél. : 0699.12.55.56 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khalid HAKAM
Médecine Générale
Av. Abderrahman Ben Zidane
Imm. 33 Appl 1 Hay Essalam Agadir
Tél. 06 20 21 72 21

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/09/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
06/09/23	C1	100,00		INP: 041071192 Docteur HAKAM Médecine Générale Av. Abderrahmane Ben Zidene Im. 33500115, El-Saïda, Algérie T. 021 21 57 51

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
	06/09/23	220	20000

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

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CENTRE DE RADIOLOGIE AL KINDY

Imm. Achar Bd. Kennedy - Talbojt - AGADIR

Tél. : 05 28 82 14 24 / 05 28 82 14 25

Patente N° : 48316524 - ICE : 001732119000076 INPE: 041067869

Dr. Abdelali HAJ ALI

Dr. Mokhtar GOURRAM

Facture n° 906/23

M. ASSERANE MOHAMED

Agadir le, 06/09/23

DESIGNATION DES ACTES	HONORAIRES
Examens radiologiques	200,00
TOTAL	200,00

DEUX CENT DORHAM

Dr. Khalid HAKAM

Médecine Générale

D.U Diabétologie

D.U Diététique médicale

D.U d'Echographie clinique

de l'Université de Montpellier 1 (France)

Expert Assermenté près des Tribunaux

Ancien Médecin à la Polyclinique

C.N.SS d'Agadir

Médecine du travail

Visite médicale pour l'obtention
du permis de conduire



الدكتور خالد حكم

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

دبلوم التغذية

(الحمية، السمنة، الكوليستيرول)

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة مونتبولي 1 (فرنسا)

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمصلحة الضمان الإجتماعي باكادير

طب الشغل

الفحص الطبي للحصول على رخصة السياقة

Agadir le : 06.09.2023 أكادير في

Assebane Mohamed

Rx Bassin

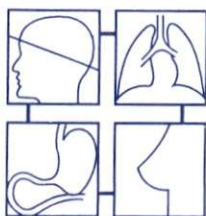
Dr. Khalid HAKAM
Médecin Généraliste
Av. Abderrahman Ben Zidane
Imm. 33, Appt. 1, Hay Essalam Agadir
Tél: 05 28 21 57 92
GSM: 06 61 06 09 78

Centre de Radiologie AL KINDY
Dr. HAJALI, Dr. Dr. GOURAM, M
Imm Achar Ben Kennedy Talbourt - AGADIR
T.C.E: 00173219000076
T.F: 06903062 - MPE: 041067869

شارع عبد الرحمان بن زيدان عمارة 33 رقم I حي السلام (أمام حمام السلام) - أكادير
Av. Abderrahman Benzidane, Imm 33, Appt 1, Hay Essalam. Agadir
(En face de Hammam Essalam)

Tél./Fax: 05 28 21 57 92 - GSM: 06 61 06 09 78

E-mail : hakam-khalid@hotmail.fr



CENTRE DE RADIOLOGIE AL KINDY

Scanner multibarrette - Echographie générale - Echodoppler couleur
Mammographie - Radiopédiatrie - Radiologie générale
Radiologie Numérisée - IRM - Ostéodensitometrie

Dr Abdelali HAJ ALI
Diplômé de l'université de Paris

Dr Mokhtar GOURRAM
Diplômé de l'université de Paris

AGADIR ,le 06/09/2023

Patient: ASSEBANE MOHAMED


RX NUMERISEE DU BASSIN F

RESULTAT :

- Fracture arrachement du grand trochanter gauche.
- Le col fémoral gauche est d'aspect normal.
- Le reste du bassin est sans particularité.

Merci de votre confiance

Signé : Dr GOURRAM MOKHTAR


CENTRE DE RADIOLOGIE AL KINDY
Dr. Abdelali HAJ ALI - Dr. Mokhtar GOURRAM
Immeuble Achar - Bd Kennedy - Talborjt - AGADIR
I.F. 001732119000076 - INPE 041067899

VisionPACS

RADIOLOGIE ALKINDY AGADIR

ASSEBANE MOHAMED

H 120764

06/09/2023

15h30m02

Im 1002+C S 1002

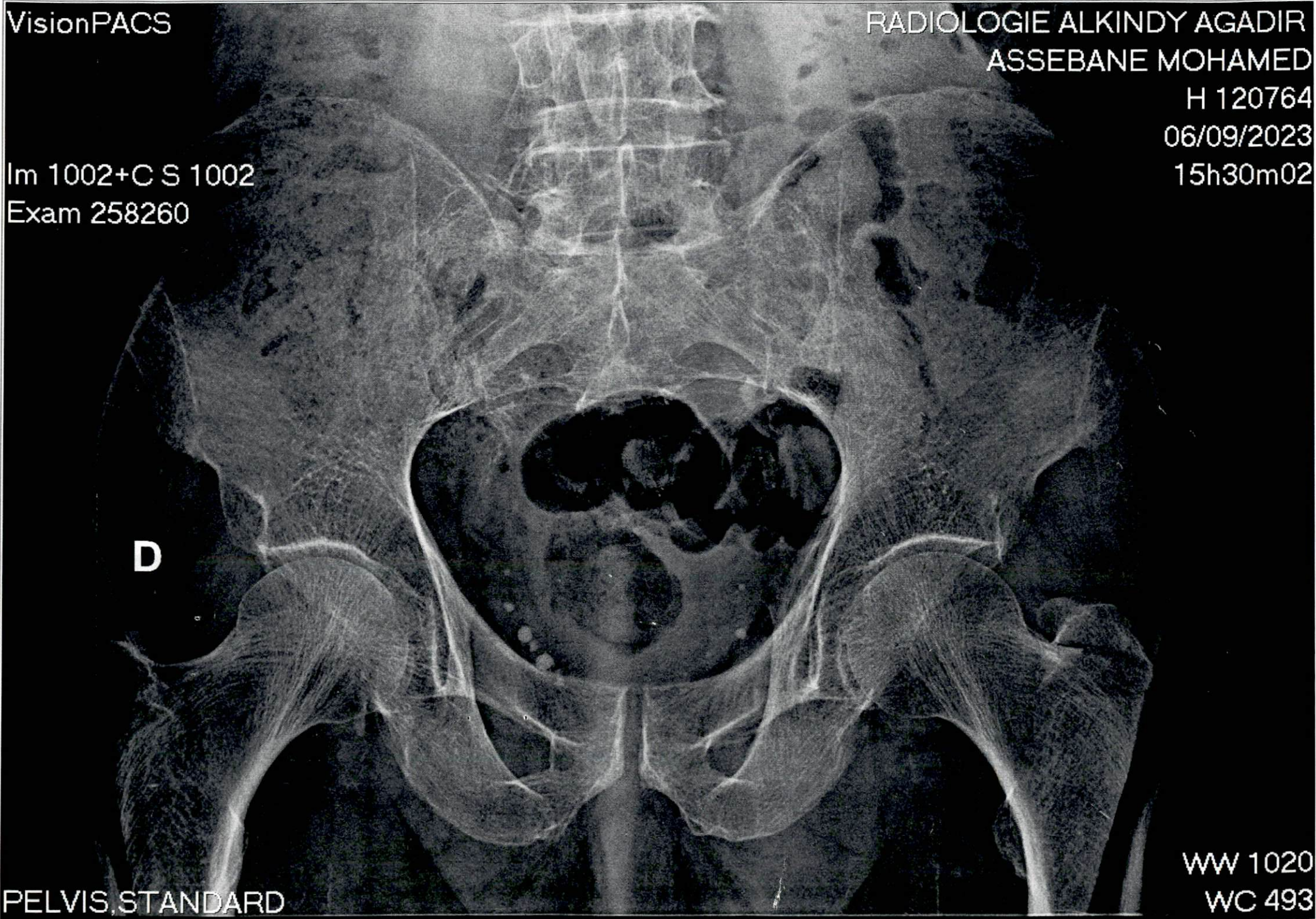
Exam 258260

D

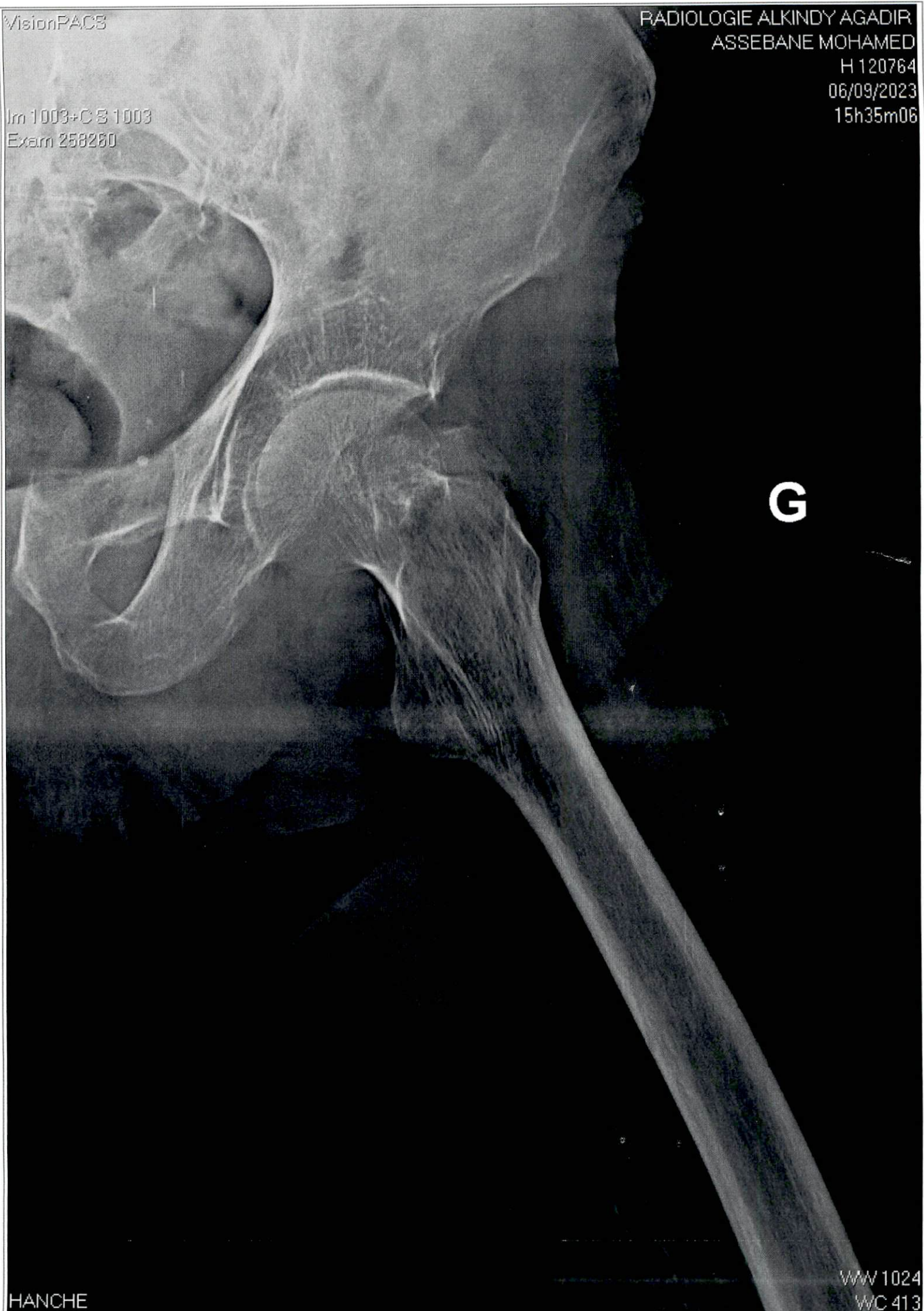
PELVIS, STANDARD

WW 1020

WC 493



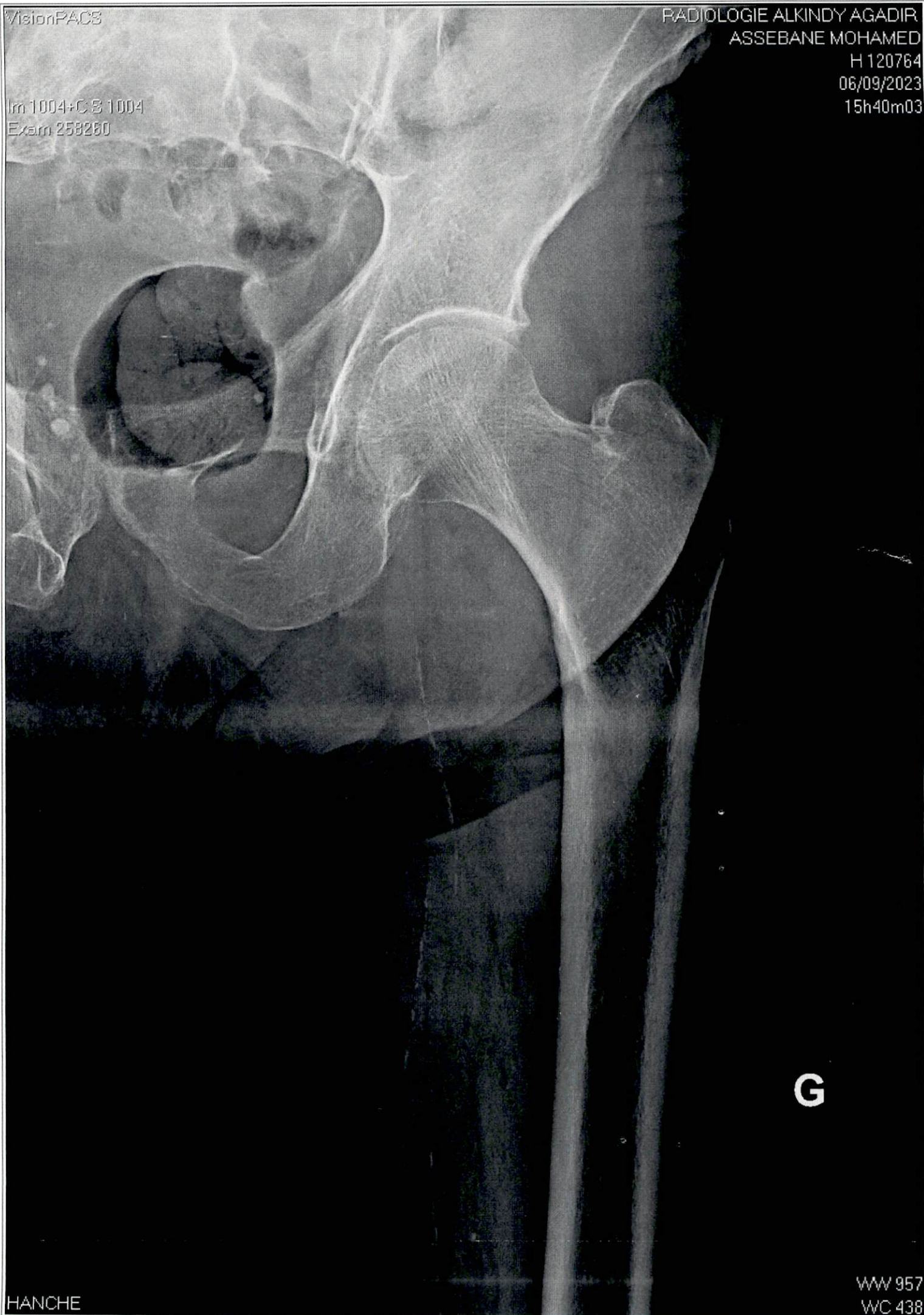
Im 1003+C 3 1003
Exam 258280



G

Im 1004+C 8 1004

Exam 258280



G