

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

202683

Déclaration de Maladie

M23- N° 0040609

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUKAIRY SAID
 Date de naissance : 16-02-1971
 Adresse : 11 Rue de VNF Appt 7. B6LV6SR6
 CASA
 Tél. : 06.66 13 2132 Total des frais engagés : 8500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16-04-2019
 Nom et prénom du malade : SAID CHOUKAIRY
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 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 : CASA Le : 18/04/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PRAFR05/V2/20-10-2023

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
16/04/24		3	300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique France Ville 303. Bd. Ghandi - Casa Tél: 05.22.23.26.27 A.S. Dr. KADOUANE Khadija RADIOLOGUE	16/04/24	Voir Facture	2500 SH

AUXILIAIRES MEDICAUX

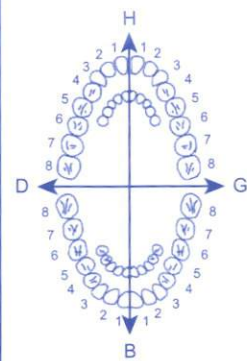
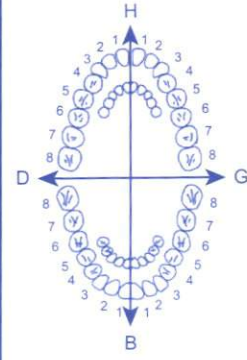
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <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		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



Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied et de la cheville

Clinique France Ville

393, Bd. Ghandi - Casa

Tél: 05.22.23.26.27

A.S.

CHOUKRIY SAID.

Age : 53 ans.

Chute oblique -

Supra-épéciale la Rupture de

Sous Epéciale du T

Dr. HADOUANE Khadija
RADIOLOGUE

IRN Epéciale
Dr

Professeur Salah FNINI
Chirurgie traumatologique-orthopédique
INP E : 091146 084
GSM : 06 66 75 10 44 casa

C3

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

NOM DU PATIENT : M. CHOUKAIRI SAID
NOM ADHERENT :
SEJOUR : Du 17/04/2024 au 17/04/2024

FACTURE
202401376
Du : 17/04/2024

Etablie par : A. ANOUSS

Clinique

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
IRM	IRM DE L'EPAULE	1	2 500,00	2 500,00
TOTAL CLINIQUE			2 500,00	

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	2 500,00

Clinique France Ville
393, Bd. Ghandi - Casa
Tél: 05.22.23.26.27
A.S



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصلحة القلب والشرابين فرانس قیل

Casablanca , le 17/04/2024

IRM EPAULE

PATIENT : CHOUKA RI SAID

OPERATEUR : DR. RADOUANE KHADIJA

CORRESPONDANT : PR FNINI

TECHNIQUE :

Séquences coronale T1 et T2 PROP.

Séquences DP fat Sat dans les 3 plans.

RESULTATS :

Absence d'anomalie de signal osseux.

Epanchement articulaire bicompartmentale des bourses sous acromiale et sous deltoïdienne de moyenne abondance.

Mise en évidence d'une rupture complète transfixiante du tendon sus épineux située à 15 mm de son insertion (critical zone) avec rétraction du moignon en regard de la tête humérale de 11 mm (Patte 2).

Le tendon sous épineux est d'épaisseur normal sans anomalie de signal décelable

Le tendon du sub scapulaire est d'aspect normale sans anomalie décelable

La longue portion du biceps est en place, non luxée, d'épaisseur et de signal normaux, sans solution de continuité notable.

Respect du segment vertical de la LPB sans clivage intra tendineux notable.

La séquence T1 ne montre pas d'anomalie de signal osseuse.

Espace sous acromial mesure à 4.3 mm.

absence d'anomalie labrale évidente

L'échancrure spino-glénoïdienne est libre.

absence d'atrophie musculaire décelable

CONCLUSION :

Aspect IRM d'une rupture transfixiante complète du tendon sus épineux, avec rétraction du moignon (grade 2 de Patte)

épanchement articulaire de moyenne abondance

Signé : **DR. RADOUANE KHADIJA**

Lien : <http://102.50.241.146:8085/images>

login : HIS025923578436

Mot de passe : HIS75267

Dr. RADOUANE Khadija
RADIOLOGUE

393, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 26 27 • Fax : +212 522 99 30 26 • Réanimateur de garde : +212 661 42 21 61

E-mail : cliniquefranceville@cliniquefranceville.com • Site Web : www.cliniquefranceville.ma

Patente : 34776707 Identifiant Fiscal : 40160087 CNSS : 7771125 RIB N° compte : 21211 9265722 000 5 Code swift : BCPO MAMC