

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : <u>Vve 00429</u> | | Société : <u>Royal air maroc</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>BEN HAYOUN TOURIA</u> |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : <u>Hay Yohannaghi, unité 1 n° 6 Daroudiat Marrakech</u> | | | |
| Tél. : <u>0634928020</u> | | Total des frais engagés : | |
| | | <u>997,9</u> | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : <u>15/08/2019</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Hve Ben Hayoun TOURIA</u> Age : <u>19 ans</u> | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>Spondylitis</u> | | | |
| 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 : Kenitra

Signature de l'adhérent(e) : E

Le : 17.10.2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 15.08.2018 | ct | | 20000 | 05 11 66 841 |
| 17 AOUT 2018 | | | 0 | |
| 2018 | | | 0 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DE LA HAREN 23 Tél. : 03 22 54 25 02 13 Rue Ibn Batouta KENYA | 15.08.19 | 447,00 DBS |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

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

الدكتورة أسماء الحسني

Docteur Asmae Hassani

اختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le 15.08.2019

القنيطرة في:

Nom & Prénom: Mme BENHAYOUN Touria



1 VOLTARENEMULGEL

Faire 1 application à midi et le soir, pendant 20 jours.



2 VITAFLEX GELULES

Prendre 1 gélule à midi, après le repas, pendant 1 mois.

3 ZOEGAS

Prendre 1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

4 PIASCLEDINE 300 mg gél : B/15

Prendre 1 gélule à midi, au cours du repas, pendant 3 mois.

Dr Asmae Hassani



19. شارع مولاي عبد الرحمن، إقامة منة الله 2، مكتب رقم 5، القنيطرة
Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5. Kénitra
Tél. 0537379187 / 080847957
الهاتف: 0537379187 / 080847957
E-mail : hassaniasmae5@gmail.com
INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014



g

ZEGEA

Esomeprazole

gélule

LOT 180784
EXP 02/2020
PPV 86.90DH

istantes
14



PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

پاسکلیدین® 300

من الأفوكادو و الصويا غير القابلين للتصبن



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSION
LABORATOIRES

Voltarène

50 g Émulgel Topique 1 %



6 118000 220213

LOT : M0460
EXP : SEP 2021
PPV : 53,00 DH



VITAFLEX®

D10-15
D
D

VITAFLEX®



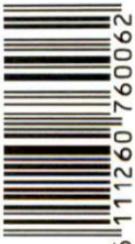
ARTICULATIONS

30

gélules / capsules

Confort des articulations⁽¹⁾
Articulation comfort⁽¹⁾

Poids Net / Net Weight : 11,9 g



VITAFLEX®

الدكتورة أسماء الحسني

اختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل - العمود الفقري

Docteur Asmae Hassani

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire
Thérapie par ondes de choc

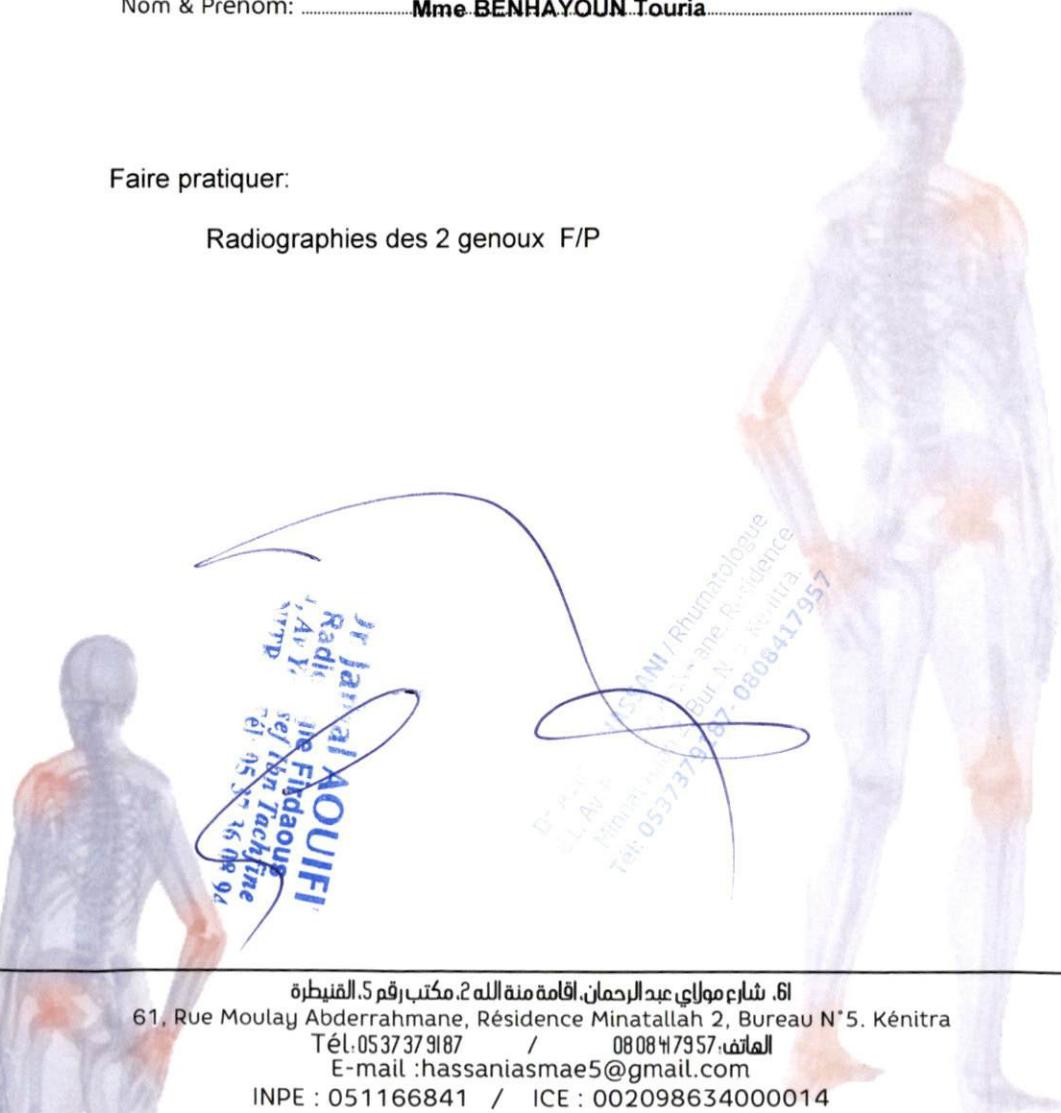
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 15 Août 2019 القنطرة في:

Nom & Prénom: Mme BENHAYOUN Touria

Faire pratiquer:

Radiographies des 2 genoux F/P



RADIOLOGIE FIRDAOUS

PATENTE:20805985 C.N.S.S: 5230199 IF: 20705983

RC: 46271

ICE: 001822267000004

KENITRA

Tél: 05 37 36 08 94 Fax : 05 37 36 25 28

F A C T U R E

N° : 1908161010 du 16/08/2019

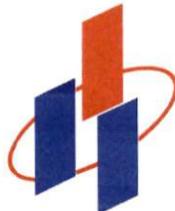
Nom patient : Mme BENHAYOUN TOURIA

Médecin Dr. A. HASSANI

| Examens | Cotation(Z) | Prix Dhs |
|--------------|-------------|----------|
| GENOUX (F+P) | 30 | 300,00 |
| Total | | 300,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Dr Nouria AOUFI
Radiologie Firdaous
Av. des Géants 1000
Tel: 05 37 36 08 94



IRM - SCANNER SPIRALÉ - Radiologie numérique - Echographie
Doppler couleur - Panoramique dentaire - Mammographie
Cone beam

Docteur Jamal AOUIFI

Diplôme de radiodiagnostic (Paris - France)



الفحص بالأشعة فردوس

الفحص بالرنين المغناطيسي - راديولوجي - إيكوغرافية
دوبليير بالألوان - راديو الأسنان والثدي - سكانير

الدكتور جمال عويفي

اختصاصي في الفحص بالأشعة (باريس - فرنسا)

Nom du patient(e) : Mme BENHAYOUN TOURIA
Nom du médecin : Dr. A. HASSANI

Kénitra le 16/08/2019

**Rx DES DEUX GENOUX
(Face + Profil)**

- Déminéralisation osseuse .
- Gonarthrose bilatérale avec condensation des berges articulaires, ostéophytose marginale et pincement articulaire fémoro-tibial du compartiment interne .
- Gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale.
- Calcification des insertions tendineuses rotuliennes.
- Pas de calcification articulaire.

Merci de votre confiance.

Dr. A. Oufi
Radiologiste
Firdaous
Jamal
Touria
BENHAYOUN
KENITRA