

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-467400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03878 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CRAISSI ALI

Date de naissance : 07/06/1975

Adresse :

Tél : 0662837210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/19

Nom et prénom du malade : Noussamaoui

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 26.10.2019

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communautaire ou de 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 : 28/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

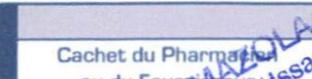
Adresses Mails utiles

- 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.

| 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 |
| 29/05/2019 | Dr. Sheikh Khamis ibn Zaid Tel: 05 29 03 53 45 E-mail: contact@drkh.hck.ma 06 61 852 000 | | 300 | INP: [Signature] [Stamp: Hôpital Ibn Zaid, Hôpital de Spécialité - Traumatologie, IP: 091177518] |

INP : | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur | Date | Montant de la Facture |
|  | 21-10-19 | 124,00 |

Montant de la Facture

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 21/10/19 | Echographie des reins | 739000h |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Montant
des Honoraires[illegible]

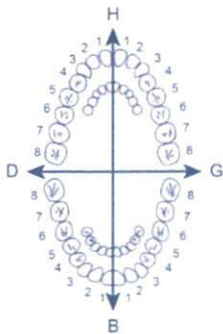
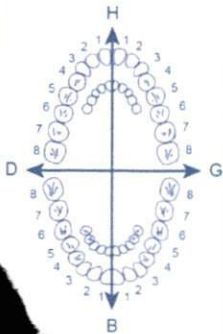
| Nombre | | |
|--------|----|----|
| C | IM | IV |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | 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 | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

| Nature des Soins | Durée de la séance | Février 2017 | Mars 2017 | Avril 2017 | Mai 2017 | Juin 2017 | Total |
|------------------|--------------------|--------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|
| Soins préventifs | | 16 | 18 | 19 | 17 | 15 | 85 |
| Soins curatifs | | 10 | 12 | 11 | 13 | 14 | 60 |
| Total | | 26 | 30 | 30 | 30 | 29 | 145 |

Coefficient

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

22/10/19

Amir Noumane

LOT : 9MA073
PER: 01/2022

PROFENID 100 MG
30 CP PEL

P.P.V : 70DH90



70.90 + profenid 100 mg
أعطي 21/10/19

(S.L)

53.10 - 21/10/19

أعطي 21/10/19

(S.L)

PHARMACIE MAZOLA
Mme BENAZZOZ Ibtissam
N° 51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tel : 022.99.99.99

LOT : 9MA116
PER: 02/2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



124.00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Ass CHAGOU Aniss
Orthopédie - Traumatologie
INP : 091177519

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

21/10/19

Domini Noussou

+ Rx coude
air fait

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Ass CHAGOUANISS
Orthopédie - Traumatologie
INP : 091177519



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

21/10/19

Amir Nouman

ecb g naph-e w
m

e p i co wily k w
m

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Ass CHAGOU Amss
Orthopédie - Traumatologie
INP : 091177519



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21 / 10 / 2019.

0422055

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,10

Patient : Mounir Nou Am A

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 129 603 / 2019 du 21/10/2019

Nom patient : MOUNIR NOUAMA

Entrée 21/10/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/10/2019

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|-------------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Echographie du coude | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| - Radiographie du coude sous une inciden | 1,00 | | 180,00 | 180,00 |
| - Supplément pour incidence radiographiq | 1,00 | | 50,00 | 50,00 |
| | | | Sous-Total | 730,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 730,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT TRENTE DIRHAMS

Total 730,00

| Encaissements | PAYANTS | Carte Bq | Total encaissé | 21/10/2019 Solde |
|---------------|---------|----------|----------------|------------------|
| | | 730,00 | 730,00 | 0,00 |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (02) 29 03 53 45
E-mail: info@hkhz.gov.qa

Total 730,00

| Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|----------|----------------|-------|
| 730,00 | 730,00 | 0,00 |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 129 524 / 2019 du 21/10/2019

Nom patient : MOUNIR NOUAMA

Entrée 21/10/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/10/2019

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Consultation de traumatologie | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 300,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 300,00 |

| | |
|---|--------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | |
| TROIS CENTS DIRHAMS | Total 300,00 |
| | |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|----------------|--------|
| Encaissements | | | | | Total encaissé | Solde |
| | | | | | | 300,00 |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hck.ma
N° INP 090061862



Casablanca , le 21/10/2019

PATIENT : MOUNIR Nouama
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Coude F+P**

RX COUDE DROIT FACE/PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Articulations du coude morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

Absence de lésion de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430





Casablanca , le 21/10/2019

PATIENT : MOUNIR Nouama

MEDECIN TRAITANT : Pr As CHAGOU

ECHOGRAPHIE DU COUDE DROIT

TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau du coude droit à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Aspect légèrement hypoéchogène au niveau des tendons d'insertion épicondyliens latéraux.
- Pas de calcification ou rupture
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de conflit lors des manœuvres dynamiques.

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une épicondylite latérale sans rupture.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

