

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 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

- Reclamation : 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° W19-469084

C

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9398 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHLAOUANE Abderrahim

Date de naissance : 11 MAI 1969

Adresse :

Tél. : 0659354500 Total des frais engagés : 2689,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : Bahlouane Abderrahim

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

Nature de la maladie : Sociale

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 : NOUACEUR

Le : 12 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-469084

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 9398


Nom de l'adhérent(e) : BAHLAOUANE

Total des frais engagés : 2689,00

Date de dépôt : 12 NOV 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 |
| 8/10/19 | G2 | | |  Dr. Abdelhak El Amouri Médecin de la Communauté Appt 3 Angèle Soule d'Alger 05 22 89 38 8196 |
| 12/10/19 | G2 | | | |

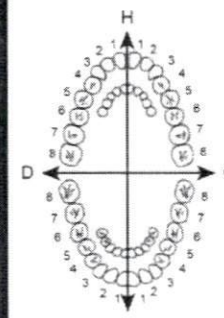
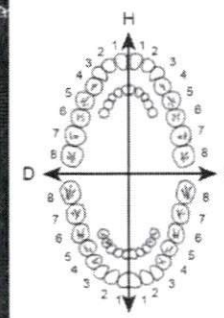
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  Pharmacie Douma Elana SARL N° 99 Rue 64 El Wifak 3 Oulfa Casablanca Tél.: 05 22 91 51 34 | 12/10/19 | 189,20 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  08/10/19 IRI L. Lar... | 08/10/19 | IRI L. Lar... | 2500,00 |

| 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.

| 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 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 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
إختصاصية في
أمراض العظام و المفاصل

Casablanca, le 12/10/13.

M^r Bahlaoui Abdelhakim

58,40

1) Solupred 20 3 cp / j

Pharmacie Dounia Erata SARL
N° 299 Rue 64 El Wifak
El Oulfa Casablanca
Tél.: 05 22 91 51 31

58,40
Solupred 20mg

(13,20 x 2)

2) Algik 2 cp / j

(13,20 x 2)

3) Codale plane 2 cp / j

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Corniche
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane
Tél: 0522 89 38 88

13,20

PPV: 22DH20
PER: 06/21
LOT: I1417

60,00

4) Resodyl crues 21 app

Consultation sur rendez-vous

PPV: 22DH20
PER: 06/21
LOT: I1417

LOT: 0095
PER: 04-22
APC: 60.00 / DH

Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane- Immeuble de la Corniche
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél.: 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

T: 189,20

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
إختصاصية في
أمراض العظام و المفاصل

Casablanca, le 5/10/19

M Bahboune Abderrahmane

Sciabague gauche rebelle au
tt médical
⇒ IRM lumbale

Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune
Appt 3
Angle Route d'Azemmour
et Sidi Abderahmane Casablanca
Tél: 0522 89 38 88 / 95

Consultation sur rendez-vous

Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane- Immeuble de la commune
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél. : 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Casablanca, le 08/10/2019

IF : 2221555

Facture N° 3513/10/2019

Nom patient : BAHLAOUANE ABDERRAHIM

Examen(s) réalisé(s) : IRM LOMBAIRE

Date Examen(s) : 08/10/2019

Montant : 2500 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :**

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

08/10/2019

PATIENT : Mr. BAHLAOUANE ABDERRAHIM
MEDECIN TRAITANT : DR IBN ABDELJALIL
EXAMEN(s) REALISE(s) : IRM LOMBAIRE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

IRM LOMBAIRE

TECHNIQUE

Sagittales T1 T2.

Axiales T2.

RESULTATS

- ✓ Canal lombaire de dimension normale.
- ✓ Hernie postérieure para médiane droite L1-L2, non conflictuelle.
- ✓ Hernie discale postérieure para médiane gauche à l'étage L5-S1, conflictuelle, avec épaississement de la racine en regard.
- ✓ Absence d'anomalie discale au niveau des autres étages lombaires.
- ✓ Le cône terminal est normal.
- ✓ Absence d'anomalie péri vertébrale.

AU TOTAL

Petite hernie discale L1-L2 droite, non conflictuelle.

Hernie discale L5-S1 gauche conflictuelle.

Confraternellement

DR N. FARIS

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immédiat
Route d'Azen
Tél.: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13