

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° W19-567961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-567961

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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
22/11/23	Aché Zaid			Pr. CHIBOUH Spécialiste en Traumatologie Hôpital Cheikh Zaid

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
CABINET RADIOLOGIE CHIBOUH Rue Soumaya Rabat Tél: 05 37 67 07 01	22/11/23	S G	18000

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 :

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TDM avant pied 22/11/23
Rabat, le

Docteur

Ganche

" Centre sur 4^e orteil avec
reconstruction et agrandisse-
ment SVP"

- Tumeur lytique de P₂ et P₃
du 4^e orteil gauche

Condensation de la
forme?

- Ci joint: ①IRM
récente. +
② Radiographie

Pr. CHIBOUB HAMID
Spécialiste en Traumatologie Orthopédie
INPE : 101041804
Hôpital Cheikh Zaïd

IRM (1,5T) - SCANNER MULTIBARRETTES - CONE BEAM CT - DENTASCANNER - PANORAMIQUE TELERADIOGRAPHIE - ECHO DOPPLER COULEUR
MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - RADIOLOGIE GENERALE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr El KIRAM My El Hassan
Spécialiste en Radiologie

Dr HORMA BABANA
El ALAOUI Houd
Spécialiste en Radiologie

Dr BASSOU Driss
Professeur en Radiologie

Patient Name: BEKKARI MOHAMMED AMINE
Study Date: 22/11/2023
Ref. Phy.: Pr.CHIBOUB HAMID

SCANNER DE L'AVANT-PIED GAUCHE

INDICATION :

- Lésion lytique de P1-P3 du 4^e orteil.

TECHNIQUE :

- Acquisition spiralee millimétrique.
- Reconstructions MPR et 3D.

RESULTAT :

- Au niveau de l'articulation P1-P2 du 4^e orteil :
 - Ostéolyse en miroir lacunaire du cartilage et de l'os spongieux sous-chondral.
 - La lacune est comblée par un matériel dense qui déborde légèrement sur le versant latéral de l'interligne articulaire.
 - Pas de calcification intralésionnelle.
 - Pas de réaction périostée.
- Intégrité des autres interlignes articulaires.

CONCLUSION :

- Aspect d'ostéo-arthropathie destructrice de l'articulation P1-P2 du 4^e orteil évoquant une origine microcristalline (uratique).

Confraternellement
Dr D.BASSOU

Dr. BASSOU DRISS
Professeur en Radiologie
8, Rue Soumaya Haut Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 07 01/02
Fax : 05 37 67 16 31

INPE : 101072718

RADIOLOGIE DES HOPITAUX

DR EL KIRAM Moulay EL Hassan

DR HORMA BABANA EL ALAOU H

DR BASSOU DRISS

08, RUE SOUMAYA HAUT AGDAL - RABAT Tél : 05 37 67 07 01 Fax : 05 37 67 07 02

IF: 40442610 INPE: 101178697 ICE : ICE : ICE : 002815775000056

FACTURE

N 4211/23

RABAT LE.22/11/2023

NOM ET PRENOM: BEKKARI MOHAMED AMINE

EXAMEN . SCANNER PIED GAUCHE

PRIX : 1800 DHS

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Relevé d'identité bancaire : 181810212112536354003506 BP .

N° de la patente : 25741019

N° de l'identification fiscale : 40442610

N° de l'affiliation à la CNSS 86760854

ICE : 002815775000056

INPE: 101178697

**CABINET RADIOLOGIE
DES HOPITAUX sari
8, Rue Soumaya, Haut Agdal
- Rabat -
Tél: 05 37 67 07 01 / 02**

**CABINET RADIOLOGIE
DES HOPITAUX sari
8, Rue Soumaya, Haut Agdal
- Rabat -
Tél: 05 37 67 07 01 / 02**
INPE : 101178697

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

2 939 025

IPP : 1 674 790 N° de dossier : 2234191998

Patient : BEKKARI MOHAMED AMINE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

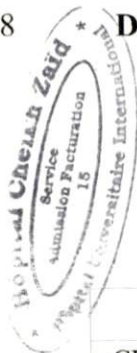
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 22/11/2023

Description :

Medecin : C02130 CHIBOUB HAMID

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



DI : 3 358 236

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N° 2236157