

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-652282

147829



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mme OLIADI Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.21.47.95

Total des frais engagés : 850 + 473,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR NABIL HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE

511 Bd. Al Qods, Rés Al Qods
Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 Gsm: 06 66 30 08
INPE: 0910 77 00 00

MUPRAS

26/10/2023

OLADI Fatiha

M

R

ACCUEIL

Age : 30

Enfant

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2023

DOCTEUR NABIL HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Rés Al Qods Casablanca

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et signature du Médecin attestant la validité des Actes
26.01.2023	CS		250,000	Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400 Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400 Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400
27.01.2023	CS			Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400 Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400 Dr. NADIA HABIB Tél: 0522 525 400

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Signature du Pharmacien
	27/01/23	4734

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 HONORAIRE												
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins												
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitees (Leave blank for ODF)	Nature des Soins (Leave blank for ODF)	Coefficient (Leave blank for ODF)	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 								
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> B <input type="text"/>					25533412	21433552	00000000	00000000
				25533412	21433552							
				00000000	00000000							
				[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession								
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"/>												

Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومة

اختصاصي في علاج و جراحة امراض العظام والمقاص
جراحة المقاص بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca le 27/01/2023

Mme OUADI FATIHA

20.90 - 16

VITAMINE D3 BON 200000 UI

1 Ampoule le soir après le repas par mois pendant 3 mois JANVIER – FEVRIER
MARS PUIS

1 ampoule tous les 2 mois MAI – JUILLET – SEPTEMBRE

FLEXANAT GELULE

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 15 jours

CHONDROSAN GELULE

1 le midi après le repas pendant 3 mois

T=

473.40

بلدية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
39 Bld. Rue 2, lot Mandia, Al Chokh
Casablanca - Tel: 05 22 50 15 30

Dr. Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
51, Bld. Al Qods, Res. Al Qods
California RDC, App. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 32
IMPF: 0910377200

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء

Tél: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32 - E-mail: n.hattoma@gmail.com

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118 00 1 272 228
PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118 00 1 272 228
PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118 00 1 272 228
PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118 00 1 272 228
PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118 00 1 272 228
PPV: 20,90 DH



consommer
REF 584N
CD063 0425
LOT PER
Prix 199,00 25