

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.

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.

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° W21-652282

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10726

Matricule : 10726 Société : R. A. M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mme OUADI Fatiha

Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06.61.21.47.95 Total des frais engagés : 250 + 473,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Docteur NADJ HATTOMI
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511. Bd. Al Qods, Rés. Al Qods
California RDC, Appt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 33
INPE: 0910372060

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 26/01/2023

Nom et prénom du malade : OUADI FATIHA

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

Nature de la maladie : Polyarthrite

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 : 26/01/2023

Docteur NADJ HATTOMI
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511. Bd. Al Qods, Rés. Al Qods
California RDC, Appt. 1 Casablanca

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et signature du Médecin attestant l'ajournement des Actes
26.01.2023	§		250	
27.01.2023	§			

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	27/01/23
	4-73-4

[illegible]

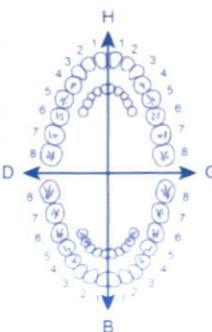
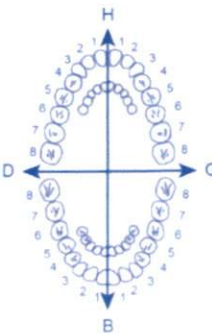
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nabil HATTOMA

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

الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca le 27/01/2023

Mme OUADI FATIHA

209.06
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

149.0
FLEXANAT GELULE

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

199.0
CHONDROSAN GELULE

1 le midi après le repas pendant 3 mois

صيدلية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
89 Bx, Rue 2, Lot. Mahdia, Ain Chok
Casablanca - Tél.: 05 22 50 15 30

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511, Bd Al Ouds, Rés. Al Ouds
Californie RDC, Appt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - Gsm: 06 61 30 08 32
INPE - 091077200

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



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

N° CE: 2021217051V1/DMP/CA16

Lot N°:

Fab:

A consommer avant la date EXP

PPC: 148,90 MAD



8 906115 620671

MFLC.101
02/2022
01/2025

InSure

consommer
REF. 584N
CD063 0425
LOT PER
Prix 199.00 25