

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° W21-781364

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1262

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BELBEIDA Abdelilah

Date de naissance : 1950

Adresse : Jokers Lotissement Bd lafayette n° 59

Tél. : 0607882202

Total des frais engagés : _____

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Age : _____

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 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 : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
05.04.2023		25	25000	INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
05/04/23	127,60	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05.04.2023	127,60		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
12/04/23						35000

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr ABOUCHANE Merouane
Cabinet de Traumatologie Orthopédie

عيادة جراحة العظام والمفاصل
والعمود الفقري

Casablanca le :

05-04-2023

BELBEIDA ABDELLAH

22.00
CEDOL CP

1 matin 1 midi 1 soir pendant 10 jour

31.10
DICLO 50 CP

1 matin 1 soir pendant 10 jour

28.80
VITANEVRYL FORT

1 matin 1 midi 1 soir pendant 3 mois

45.70
COLTRAX CP

1 matin 1 midi 1 soir pendant 10 jour

22.00
LOT : 5636
PER : 12 - 25
P.P.V : 31 DH 10

PPV 28.80
LOT
PER

45.70

127.60
PHARMACIE JOBRANI
JOBRANI LAÏLA
Pharmacie
28, Rue 2, Lot Sidi Bernoussi, Sidi Moumen - Casablanca
Tel : 022 70 03 43

Dr ABOUCHANE Merouane
Chirurgien Orthopédiste
Sohlaib Arroumi Sidi Bernoussi
427 Bv Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi
Tel : 05 22 75 15 75

N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca

أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

☎ 06 63 73 01 79 ☎ 05 22 75 15 75 ✉ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



Casablanca le : 05.04.2023

Compte rendu de la radiographie :

• Identité : BELBEIDA Abdellah

• Radiographie : R.x Bassin Face
R.x Radius Rachis

• Interprétation :

- Arthrose rachidienne étendue.
- Modèles osseux

Dr ABOUCHANE Merouane
Chirurgien Orthopédiste
427 Bd Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 75 15 75

📍 N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca

أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

☎ 06 63 73 01 79 📞 05 22 75 15 75 ✉ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



Dr ABOUCHANE Merouane
Cabinet de Traumatologie Orthopédie

عيادة جراحة العظام والمفاصل
والعمود الفقري

Casablanca le : 05/11/2023.

Belhadj Abilleh

Lombard, /m.

~~KITMED SLAUGHTER CIE~~
~~22, Rue Lahcen AL-Argouni~~
~~Quartier des Hôpitaux - Casablanca~~
~~Tél: 05 22 86 54 31 - 05 22 86 03 67~~
~~Fax: 05 22 80 04 13, C7~~
~~350,00~~

~~Dr ABOUCHANE Merouane~~
~~Chirurgien Orthopédiste~~
~~427 Bv Souhaib Arroumi Sidi Bernoussi~~
~~Tel: 05 22 75 15 75~~

📍 N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca

أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

📞 06 63 73 01 79 📞 05 22 75 15 75 ✉️ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



Casablanca le : 05.06.2023

Note d'honoraires :

Je soussigne que Mr BELBEJDA Abdelhak

à bénéficier de l'acte suivant avec l'honoraire correspondant :

☒ Consultation de spécialiste : 250 dh

☒ Radiographie : 200 dh

☐ Immobilisation plâtrée :

☐ Ablation de plâtre :

☐ Acte de chirurgie :

☐ Infiltration articulaire :

☐ Pansement :

☐ Autres :

N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} étage Sidi Bernoussi Casablanca

أمام الباب الرئيسي لمستشفى المنصور

☎ 06 63 73 01 79 ☎ 05 22 75 15 75 ✉ dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13

N° 0074837

Client : BELBEIDA

Abdelbch

AU COMPTANT :

Casablanca, le 13/04/2023

Référence	Désignation	P.U.T.T.C	Total T.T.C
	Ceinture lombaire B5-018 L XL	1 x 250	250
<p>KIT MED SLAOMLET CIE 33- Rue Lahcen Al Arjouni Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 80 84 31 - 05 22 80 83 66 Fax: 05 22 80 04 16 - C7</p>		Total T.T.C	250.00

Notre Marchandise n'est ni Echangée ni Retournée