

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

M23- 014428

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OULAL HALIMA

Date de naissance : 13/03/1953

Adresse : 2 bis Rue NABHA Oujda

Tél. : 0665075016

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NABIH Mohamed
Traumatologie-Orthopédie
INPE:091281048

Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : OULAL HALIMA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Casa le 12/05/23

Le : 12/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

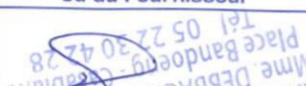
Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

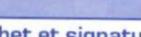
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohammed VI
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (Ligne 1)

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Bandoeng-Crabian Place Bandoeng-Crabian Tél 05 22 30 42 28</p> <p>INPE 092000264</p>	10/05/23	360,50

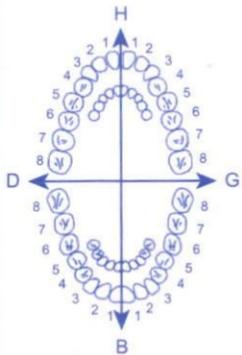
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/05/2023	10/05/2023	30000	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/05/23	15				1500

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 00000000 B </div> <div style="text-align: left;"> 35533411 11433553 </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Impression :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRAT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Ordon. Halima

10.10.2023

Compote rhino-échographique

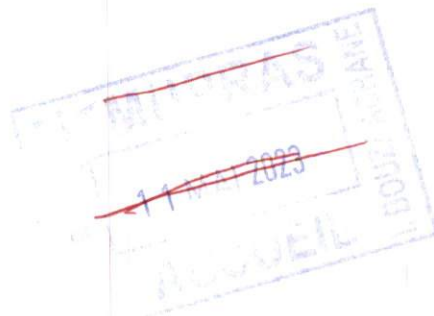
Région lombo-sacrée

Présence de foyers hyperéchogènes
en rapport avec des nodules osseux
des vertèbres lombaires et sacrées
sans doute en lien avec l'arthrose

Dr. Mohamed Nabih

116 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui, Hay Qods, Bernoussi, Casablanca

05 22 75 05 75 / 07 02 05 05 75 dr.mohamed.nabih@gmail.com





Casablanca le : 10/05/2023

Note d'honoraires :

Je soussigne **Dr. NABIH Mohamed**
Traumatologie-Orthopédie
INPE:091281048 que Mr **oulal**
HALIMA.
à bénéficier de l'act suivant avec l'honoraire correspondant :

☒ **Consultation de spécialiste :** 300DH.

☐ **Radiographie :**

☒ **ECHO GRAPHIE :** 300DH.

☐ **Immobilisation plâtrée :**

☐ **Ablation de plâtre :**

☐ **Acte de chirurgie :**

☐ **Infiltration articulaire :**

☐ **Pansement :**

☐ **Autres :**

TOTAL 600DH
Dr. NABIH Mohamed
Traumatologie-Orthopédie
INPE:091281048





Ordonnance

10.10.2017

Oubel Halima

- 1) Duocelox 79,50.
 1 cp + 2 l / 10 j = 83,00
- 2) Cevaflax
 1 cp + 2 l / 10 j = 198,00
- 3) Noacidal
 1 App + 203 l / 10 j = 360,50

GRANDE PHARMACIE DU MAROC
 Mme DEBBAGH-BENNIS
 Place Bandag - Casablanca
 Tel 05 22 30 42 28

Dr. NABIH Mohamed
 Traumatologie-Orthopédie
 1-8-24 Mohamed Ben Mokhtar
 El Garnaoui Benoussaloussa
 105 101 01 00 00 15

