

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° W21-830089

A 8968
Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BENABDEKKRIM EL FILAL SAMIR

Nom & Prénom :

15/6/1960

Date de naissance :

Jeanne California yesssata 11.

Téléphone :

0669650503

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAJ Lamine
NEUROLOGUE
Explorations Fonctionnelles EMG-EEG
119, Bd. Abdelloumen - Tel : 0522 492555

Date de consultation :

28/11/2023

Nom et prénom du malade :

KENZY MERYEN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ménio logique

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) :

Signature



08 JAN 2024

Le 29/11/2023

RELEVE DES PRAISES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2011/11/2017	TRAITEMENT NEUROLOGIQUE Explorations fonctionnelles		3000 DHS	INP : 0918110101
.				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue3 Addiar Al Jadida InChock-Casa-022-50.75.10	29/11/23	154,10

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE AL QUODS Bd al quods N° 697 radiologiealquods@gmail.com Tél: 05 22 21 43 43	30/11/23	Echographe des jambes	900,00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																		
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
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. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <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>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		H	G																															
		25533412	21433552																															
		00000000	00000000																															
		D	G																															
		00000000	00000000																															
		35533411	11433553																															
		B																																
		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. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibandes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Seiologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 01/12/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom KENZY MERYEM

Date d'examen : 30/11/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
ECHOGRAPHIE DES EPAULES	900,00 DH
NET A PAYER	900,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DH

RADILOGIE AL QUODS
 Bd al quods N° 697
 Radiologiealquods@gmail.com
 Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43

E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICÉ : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Vidéo Electroencéphalogramme "EEG"

Electroneuromyogramme "EMG"



الدكتورة الراحي لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

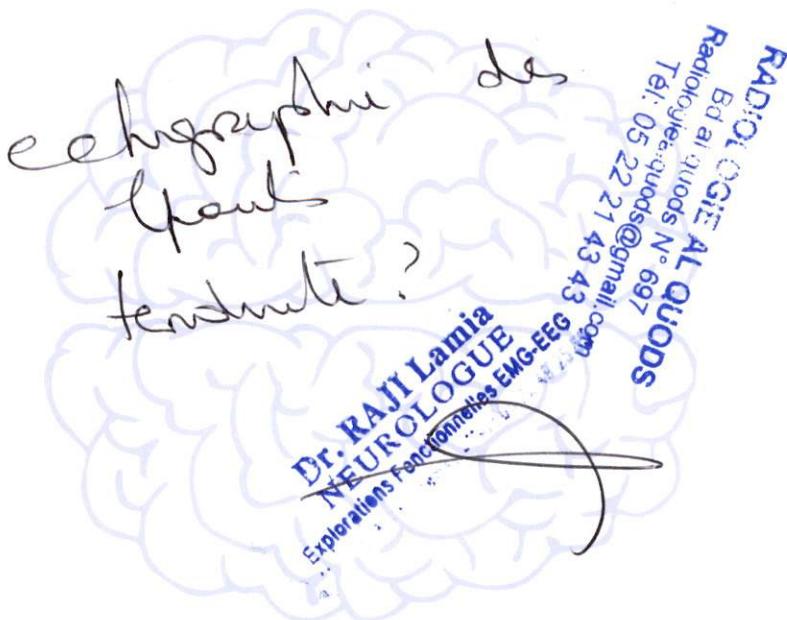
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Dr. KENZA

2024/03

Casablanca, le :

28/03/2023



119، شارع عبد المؤمن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء
119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1er étage N° 11 - Casablanca
INPE : 091240101 - Tél.: 05 22 49 25 55 / 06 60 11 11 50
الهاتف :

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Video Electroencéphalogramme "EEG"

Electroneuromyogramme "EMG"



الدكتورة راجي لميا

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 28/11/2023

Dr. RAJI Lamia
NEUROLOGUE
Explorations Fonctionnelles Tel: 05 22 49 25 55
119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Twenty

afternoon

S.V

60,10

SPYCA 10mg

1 (3)

Hydroflee

S.V

94,00

Doltram

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue3 Addiar AlJadida
UnCheck-Casa-022-50.75.19

Solumedrol 10mg

5mg 1/2 pH 3

Lansoprol 40

S.V

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue3 Addiar AlJadida
UnCheck-Casa-022-50.75.19

Dr. RAJI Lamia
NEUROLOGUE
Explorations Fonctionnelles Tel: 05 22 49 25 55

154,10

119، شارع عبدالمؤمن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1er étage N° 11 - Casablanca

الهاتف : 091240101 - Tél.: 05 22 49 25 55 / 06 60 11 11 50



GTIN: 06118001260850
LOT: 4145
MFG.: 03/2023
EXP.: 05/2026
PPV: 94Dhs00



دواء
081 121 9023