

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

PR4FR05/V2/20-10-2023

Maladie Dentaire Optique

Matricule : 1512 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAHTRADOU HAKIMA

Date de naissance : 18-07-1941

Adresse : 7 bis Avenue de CONSTANTINE
RÉSIDENCE SASSINA CASABLANCA

Tél. 0763756433 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

DR. BELLAOUCHE Jad
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
35 Rue Zineb Ishak La Ville
Riad 1b Tachfine 10 Rdc. Appt. 13
Casablanca 20557
Tel. 0522 60 55 72 - 0522 60 55 72
Signature : 

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/06/2023

Nom et prénom du malade : DR. BELLAOUCHE HAKIMA Age:


Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :


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 28-02-2023 Le : 28-02-2023

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27.12.23 | co | 62 | 1000 | INPE. 35533411 DR. BELLAOUCHI Jad CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE 35 Rue Zineb Ishak La Villette Riad Al Tachfine 10 Rdc. Appt. 13 Casablanca 0666655577 (Urgence) 0666655577 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE LOUATI ISMAILIA Rue Abou Al Wakil KHAL CASABLANCA Tél: 0522.36.97.44 | 27/12/2023 | 948,50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | G | | | |
| | B | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |



Traumatologie - Chirurgie orthopédique
Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du sport - Chirurgie de la main et de l'épaule
Maladie de la colonne vertébrale

علاج الكسور و إعادة التقويم - جراحة المفاسد الاصطناعية
جراحة بالمنظار - جراحة الإصابات الرياضية - جراحة اليد و المكتف
أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27-12-2023 الدار البيضاء, في :

PPV 188.00 DH

188,90x3

Piascledine 300mg 1 gel par jour pdt 03 mois

268,00

Arcoxia 90mg 1cp par jour pdt 10 jours

60,10

Epyca 50mg 1 gel le soir (2h avant de se coucher) pdt 14 jours

28,80x3

Vitanevril cp 2cp 2 fois par jour (15 jours)

948,90

MARHRAOUI HAKIMA



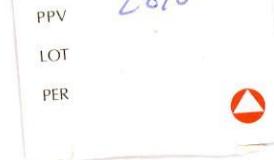
PPV 188.00 DH

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/INTO
70042493/
120916-1

3881 6 118001 160051

6 118001 160051

28/80



PHARMACIE ISMAILIA
LOUALI ABDELLAH
Rue Abou Al Wakt Bourgogne
CASABLANCA
Tél: 0522.36.97.44



Epyca® 50 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

35 rue Zineb Ishak la villette, Riad Ibn Tachafine Rez de chaussée appt N°13, Casablanca

Tél.: 0522 60 55 77 - GSM : 0666 29 55 77 - E-mail : docteur.bellaouchi@gmail.com

زنقة زينب إسحاق، لفلاحيت، رياض ابن تاشفين الطالق السفلي، الرقم 35 الدار البيضاء

Cachet et signature du médecin

Signature
Dr. BELLAOUCHI Jad
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
35 Rue Zineb Ishak La Villette
Riad Ibn Tachafine Rez de chaussée appt. 13
Casablanca
Tél: 0522 60 55 77 - GSM: 0666 29 55 77
E-mail: docteur.bellaouchi@gmail.com