

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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° W21-648132

110208

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0570 Société : RAm
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OMAIEK Aomar
Date de naissance : 1/11/1994
Adresse : Cité Attakoum Simla
CHERAM
Tél. : 0773894304 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 03
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : OUMALAE
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : G. arthrose des genoux droit et gauche
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 : 3/2022
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 Praticien attestant le Paiement des Actes
03.03.2022	10	10	300,00	Dr. N. LATIF IDRISSE TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE 75, Boulevard Massira Al Khadra Tél. : 05 22 25 25 16 Fax : 05 22 25 25 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
11/2/22	130,50
01/2/22	830,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Lafat - IDRISSI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumatolo-orthopédique

Handwritten signature

الكادر الطبي لعيادة نور الدين

جراحة العظام والاعصاب

جراح كلى الاعصاب

جراح قسم جراحة العظام والاعصاب

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihani GUERRAOU
75, Bd Massira / Al Khadra - Casablanca - Tél.: 05 22 25 16 / Fax: 05 22 25 25 07
4, Résidence Annaim Oulfa
Tél.: 922.89.43.09 - Casablanca

PPV: 16DH60
PER: 09/24
LOT: K2591-1

LOT: 00221017
PER: 06/2020
PPV: 47.90 DH

PPV: 39DH30
PER: 12/23
LOT: J3627

Date de fabrication
A consommer de
préférence avant fin
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV: 86,70 DH

DR. N. LAFAT
TRAUMATOLOGIE
Tél.: 05 22 25 25 16
Fax: 05 22 25 25 07

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM

Sihani GUERRAOU
Docteur en Pharmacie

75, Bd Massira / Al Khadra - Casablanca - Tél.: 05 22 25 16 / Fax: 05 22 25 25 07
4, Résidence Annaim Oulfa
Tél.: 922.89.43.09 - Casablanca

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الإدريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

MINIM
LOT
m - Oulfa
Casablanca



7 640127 792025

ISOPHARM

NEWFLEX GEL
RAFRAICHISSANT
83.90 DH



07/24



200830

MFD

08/20

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM
Silham GUERROU
Droguier et Pharmacie
4, Residence Annaim - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07