

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-770078

138650

13/11/22

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03397 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMMED

Date de naissance : 03-04-62

Adresse : BOUSKOURA, Ville Verte RES SORENA PARK

Tél. : 066137692 Total des frais engagés : 732,10

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03-11-22

Nom et prénom du malade : HTEJ AMLOUSSI ATCHA

Age : 58

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HERNIE DISCALE

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 03/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-770078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 03397

Nom de l'adhérent(e) : DEBBAGH MOHAMMED

Total des frais engagés : 732,10

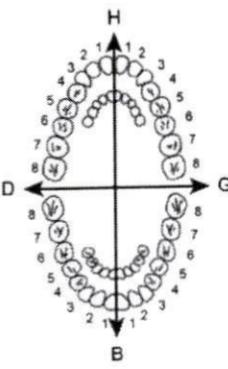
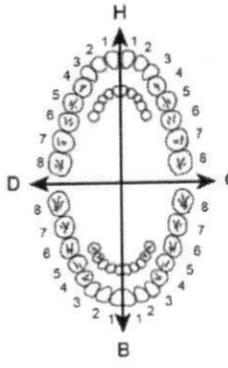
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.11.22	202,80

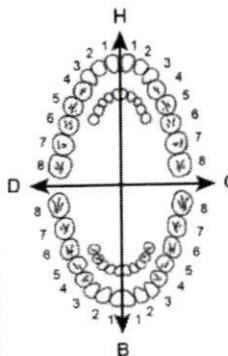
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.11.22	Ra de Rad Lombaine FIP + Ra de Pabanche DE F	400,00

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																
					MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
			DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																	
			FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</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> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D —————	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																
			DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																	
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																	

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
				

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

**MONTANTS
DES SOINS**

**DEBUT
D'EXECUTION**

**FIN
D'EXECUTION**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Debbagh Aicha

Casablanca le :

3/1/22

133,00 X2

1) Arcoxia 90

1cp / j

53,10

2) Relaxol

1 cp x 3 / j

89,40

3) Esac 20

202,80



Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0



Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10



Immeuble de la Commune
Angle Route d'Azzemour
Bvd Sidi Abderrahmane Casablanca
Tel 0522 89 38 88/95

Angle Route D'Azzemour & Bd Sidi Abderrahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Debbagh Aïcha

Casablanca le :

03/11/22

D Rx de la hanche droite
de face

Rx des radiers lombaire

ASA RADIOLOGIE
Dr Y BENHADDOU
9 Bd Abdelmoumen Casablanca

LP

Dr IBN ABDELJALIL I.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemour
Bvd Sidi Abderahman Casablanca
Tél 0522 89 38 88/95

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95  ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Casablanca, le 03/11/2022

FACTURE :11899/2022

Nom & Prénom : **DEBBAGH AICHA**

Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE DROITE FACE	
Montant TOTAL	400 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
quatre cents (400 DH)

CASA RADIOLOGIE
Dr Y. BENHADDOU
9 Bd Abdelmoumen Casablanca