

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

Declaration de Maladie

N° W21-770972

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09946 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEJJARI HALIMA

Date de naissance : 1970

Adresse : 181 Cite ALBARID HAYNATON RABAT

Tél : 0670276244 Total des frais engagés : 1435,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 DEC. 2022

Nom et prénom du malade : NEJJARI HALIMA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D à rembourser

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'at 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 : Rabat Le : 17/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770972

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

Matricule : 09946

Nom de l'adhérent(e) NEJJARI HALIMA

Total des frais engagés : 1435,50

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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVÉ 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
	CE PK2		1300,00	INP : <input type="text"/>
	Cure complète d'été			

INP: |||||chid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HASSANIA OUSSAID Résidence Nakhil II N° 12P Ahmed Rada Guédira, Nahda 1 Tel : 05 37 65 74 29	12/11/22	135,00
INPE : 102030558		

Montant de la Facture

INPE: 102030558

ICE:003056280000086

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

* 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'hygiène bucco-dentaire.														
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													
	<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 00000000</td> <td>B 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	B 00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	G												
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D 00000000	B 00000000												
	35533411	11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []										
				DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

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 d

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm.C5,Rue Soussa Appt.1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat
Tél.Cab :05 37 72 65 56 - Fax :05 37 72 63 21 - GSM (urg) :06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
Diplômé de la Faculté de DIJON (France)
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)
جراح ملحق سابقا بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين
الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل
جراحة الأعصاب الدقيقة.

Rabat, le 17 NOV 2022

1st NETTARI Halim

76.60

76.60
- ArxivB 90 14/5 apr
ago ptt to

45, 70

Coltrane, 1 yr 2/6 alt 67

13.20

Alpik 16/11/2018

368
STE HASSANIA OUSSAÏB
Résidence Makhlil II N° 12P
Ahmed Réda Guédira, Na
T - Tél : 05 37 65 74

INP: 101115491 IF: 34101703 IP: 25109846

Coltrax® 4 mg

12 comprimés

45,30

ALGIK® 500 mg+50 mg

16 comprimés

13,20

ARIB® 90 mg

7 comprimés

LOT : 221185

EXP : 09/2025

PPV : 76,60DH

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Diplômé de la Faculté de DIJON (France)
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

جراحة الأضواء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين
الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل
جراحة الأعصاب الدقيقة.

Rabat, le 17 NOV 2022

Compte Rendu

Nom: AITOMI Halima
Boule Ot & Essant
Jus A.L. raprege du fedlinien
Secton de la publicit et
Laurent non Coupsuf

CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5, Rue Soussa Appt.1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE

Diplômé de la Faculté de DIJON (France)

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune

Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)

جراح ملحق سابقا بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين

الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل

جراحة الأعصاب الدقيقة.

Rabat, le

17/11/22

NOTE D'HONORAIRES

Concernant M^{me} NETJARI Halima
pour cure de poce doit a'vant a
1200,00 DHS (Mille Troiscent Antich)

Dr. NAZIH Rachid
Traumatologue - Orthopédiste

C5, Rue Soussa, Rabat
Tél: 05 37 72 65 56



101115491
IF 34101703 - IP 25109846

INP : 101115491 IF : 34101703 IP : 25109846

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

19 7 NOV 2022
Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 09846 E-mail : HNEJJARI @ ROYALAIRMAROC Phons : 0670276244
Nom et Prénom de l'adhérent : NEJJARI HALOIA
Nom et Prénom du bénéficiaire : Jai Dene

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. NAZIH RAOHID
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Halioua
Nécessite Cure chirurgicale de la main de à essent
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K20

Dr. NAZIH RAOHID
Traumatologue - Orthopédiste
CS, Rue S. EL KHALIL
Tél: 05 37 72 65 56

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.