

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.

N° W21-770972

Maladie

Dentaire

Optique

A

Boîte réservée à l'adhérent (e)

Matricule : 09946

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEJJARI HALIMA

Date de naissance :

Adresse : 181 Cité ALBARDI HAYNATTA RABAT

Tél. : 0670246244

Total des frais engagés :

163850

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'adjudication 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 21/12/2022

Le : 21/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 : 163850

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

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
30/09/2012	EPKA	130000	INP : 11111111111111111111	Dr. NAZIH RACHID Orthopédiste traumatologue Sous-Préfecture de Rabat Télé: 0524 3172 65 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ST HASSANIA OUSSAID Résidence Nathil II N° 12P Rue Ahmed Réda Guédira, Nahda 1 Tél: 05 37 65 74 29	17/11/22	135,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

VOLET ADHERENT

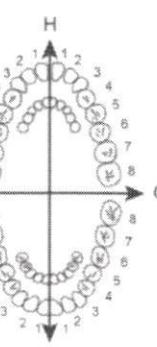
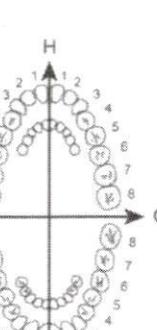
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	00000000	00000000												
		G	35533411	11433553												
			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
			<input type="text"/> DATE DU DEVIS													
			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 سابقًا بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين

الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التهوية الإصطناعي للمفاصل

جراحة الأعصاب الدقيقة.

Rabat, le 17 NOV 2022

1^{er} NEJJARi Hallim

76,60 - Alixib 90 140 app
15,80 - Coltrax 150 210 ptt 67
13,20 - Alpki 160x3/8 fidjulan

T = 130
STE HASSANIA OUSSAID
Résidence Nahdi II N° 12B
Avenue Ahmed Réda Guédira, Nahda 1
RABAT - Tél : 05 37 65 74 29

INP : 51115491 IF : 34101703 IP : 25109846

Coltrax® 4 mg

12 comprimés



45,70

ALGIK® 500 mg-50 mg
16 comprimés
6 118000 070016



13,20

CHIRURGIE

DOUGUE 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.

221185

EXP : 09/2025
PPV : 76,60DH

جراح ملحق سابق بمستشفى بون

ARIXIB® 90 mg
7 comprimés



ER
ARMA

اختصاصي في جراح
جراح كثيطة الط
جراح ملحق سابق بمستشفى بون

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

Rabat, le 17 NOV 2022

Compte Rendu

Nous METTAMBI HABIBA

loule fit a ossant
dans AL - reprise de la fonction
sector de la partie et
laissez mon corps

aff

INP : 101115491 IF : 34101703 IP : 25109846

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 سابق 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 à Monsieur

Concernant M^{me} NEJJARI Hélène
pour cure de genou droit à versant à
1300,- Dhs (Mille trois cent Dirhams)

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

17 NOV 2022
Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 090546 E-mail : HNEJJARI@Royalairmaroc.com Phone : 0670276246

Nom et Prénom de l'adhérent : NEJJARI Halima

Nom et Prénom du bénéficiaire : *qui va faire*

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr NAZIH Rachid

Estime que l'état de santé de Mle, Mme, M. NEJJARI Halima

Nécessite une chirurgie de la main et à assurer

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K20

Dr. NAZIH Rachid
Traumatologue - Orthopédiste
5, Rue Sidi A. Ben Abdellah
0522-22-77-65-56

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.