

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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° W21-681310

261482

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIADAOUI BACHIDA

Date de naissance :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0566274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél : 05 22 31 29 55

Date de consultation : 20-03-23

Nom et prénom du malade : RIADAOUI BACHIDA Age :

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

Nature de la maladie : ALD diffuse

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 : CASABLANCA Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/3/23	C2		250 DT	INF :  HUMATOLOGUE L.: 05 22 81 29 55


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MARIHA 61, Av. des H.A.R. - 58331 Aïn El Anassir Tél : 05 22 46 40 40	20/3/23	250 DT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

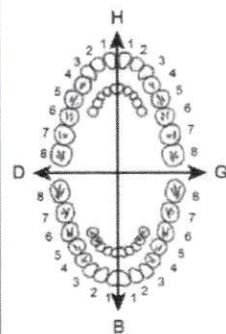
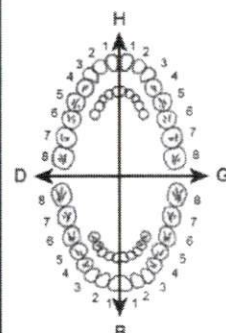
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 MATERIEL MEDICAL Vente en gros et détail non valide pour toute autre transaction 84, Rue Salim Cherradi - 58331 Aïn El Anassir Tél : 05 22 20 61 20	20/3/23					500 DT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INF : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ILHAM KHIZANI

RHUMATOLOGUE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CLERMONT FERRAND

SPÉCIALISTE DES MALADIES RHUMATISMALES
MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES
MALADIES DE LA COLONNE VERTEBRALE



الدكتورة إلهم خيزاني

أخصائية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بفرنسا

أمراض العظام والمفاصل

أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca le 20-03-2023 **الدار البيضاء في**

le Pat de suite de Dr
REIDAOUE RACHID
nécessite le port de ~~semelle~~
pour épine calcaneuse avec faux
Talonnette fausse

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin

non valide pour toute autre transaction
84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des Hôpitaux
Casablanca
Tél : 05 22 20 51 / 06 58 95 71 74

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

Dr. ILHAM KHIZANI

RHUMATOLOGUE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CLERMONT FERRAND

SPÉCIALISTE DES MALADIES RHUMATISMALES
MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES
MALADIES DE LA COLONNE VERTEBRALE



الدكتورة إلهام خيزاني

أخصائية في أمراض الروماتيزم
خريجة كلية الطب بفرنسا
أمراض العظام والمفاصل
أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca le 20-03-2023 الدار البيضاء في

8910 RIDDADI - RACHIDA

Nagnemal B6
1 prise / 3 mois

2) Cure Pte
4960 Tempale / 3 mois

PHARMACIE MARIHABA
61, Av des F.A.R. - Casablanca
Tél.: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

Lot:

À consommer de
préférence avant le :
PPC : 89,50 DH

PPV : 49,60 DH
LOT : 22J05
EXP : 10/2025

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

ALT MEDICAL sarl

votre partenaire santé

Casablanca le : 20/05/2023

CLIENT

84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hopiteux, casablanca
RC: 301495 ; CNSS: 6235627
BANQUE: ATTIJARI WAFABANK; COMPTE N°: 103B000000191
TEL / FAX : (212) 05 22 27 60 31
MOBILE : (212) 06 58 95 71 74
E-mail : alt.medical,sarl@gmail.com

MME RIDAOUI RACHIDA

FACTURE N° : 20_05/2023/F033

Désignation	Quantité	P.U HT	P.Total HT
TALONNETTE SUR MESURE POUR EPINE CALCANIENE	1	416,67	416,67
		TOTAL H T	416,67
		TVA 20 %	83,33
		TOTAL TTC	500,00

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de : CINQ CENT DIRHAMS TTC.

ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
non valide pour toute autre transaction
84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des Hôpitaux
Casablanca
Tél : 05 22 20 51 10 / 06 58 95 71 74

Siège Social : 84, rue salim cherkaoui, quartier des hopiteux casablanca ,
I.F.N° : 15160259 Patente n°:36395103 R.C : 301495 CNSS : 9997753
Tél:(212) 5 22 27 60 31-Fax:(212) 5 22 20 5110 E-mail : alt.medical,sarl@gmail.com.
ICE : 000010644000023