

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

- 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-002695

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2675 Société : R A T

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIE Mina

Date de naissance : 15/01/53

Adresse : Cité ENAAA - Rue 22 - n° 91 - CASAB

Tél. : 06 12 65 38 11 Total des frais engagés : 296,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/02/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSIE MINA Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : Polyarthralgie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
11/12/23		9	280,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/12/23

286,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

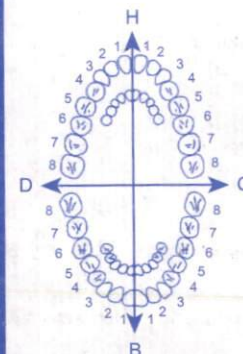
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

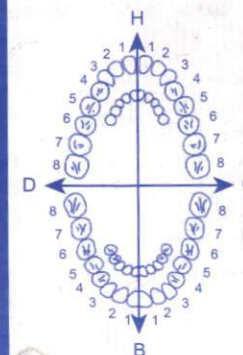
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique - Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Mme MOUSSIF MINA

82,10

EZIUM GELULE GASTRO-RESISTANTE 20

1 le matin avant le repas pendant 14 jours

21,80

ALGIK SACHET 500 BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 14 jours

31,10x2

CLOFENE G.R COMPRIME ENROBE 50 MG BOITE DE 20 - 2 BOITES

1 le matin, 1 le midi, 1 le soir après le repas pendant 13 jours

60,10

EPYCA GELULE 50 MG BOITE DE 14

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 14 jours

Epyca® 50 mg

Prégabaline
14 gélules
PPV.: 60DH10

PROTOPHARM S.A



6 118001 260683

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE
TRAUMATOLOGUE
511 BD Al Qods, Résidence Jardins Al Qods
Californie RDC Apt. 10 Casablanca
Tél 0522 52 52 10 - GSM 06 61 30 1037200
INPE 051037200

PROCHAIN RDV LE :

22.12.2023

511. شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة رقم 1 (قبالة رونو داسيا) الدار البيضاء
511, Boulevard Al Qods, Résidence Jardins Al Qods Californie, RDC, Appartement N°1 (en face Renault Dacia)
Casablanca - Tél. : 0522 52 52 10 - GSM : 06 39 36 17 79 - E-mail : n.hattoma@gmail.com