

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

- 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.

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° W21-821836

190059 co

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09946 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NETTARI HALIMA

Date de naissance : 1970

Adresse : 18 rue AL BARI D HAY NAHDAI RABAT

Tél. : 0670276244 Total des frais engagés : 766,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NETTARI Halima Age :

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

Nature de la maladie : Douleur chronique

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 : RABAT Le : 10 JAN 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-821836

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 09946

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 766,00

Date de dépôt :

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
2/1/24	R	Kip	269,00	INP : 101115491

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/1/24	266

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
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.

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	INP : 101115491										
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

MYDOFLEX® 150 mg

Troscarsion HCl
30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



STORIXIA® 90 mg

Comprimés pelliculés

Boîte de 7

AMM N° : 10432/2019/DMP/SO/87



6 118000 024040

STORIXIA® 90 mg

Comprimés pelliculés

Boîte de 7

AMM N° : 10432/2019/DMP/SO/87



6 118000 024040

THOPEDIE

260850 Appt. 1 (Entre la Mosquée et la Cathédrale) - Rabat
7 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 : 02 JAN 2024

NEJARI Helim

86, ex 2 STORIXIA 90

18/0 apr 2024
alt 14g

94, ex 2 Mydoflex

14x21g
alt 18g

266, ex 2

Pharmacie Dar Essalam
GUEDIRA ADIEA
épouse KARRAKCHOU
607 Hay Ennahda No 1
35 41 77 RABAT

Pharmacie Dar Essalam
GUEDIRA ADIEA
épouse KARRAKCHOU
607 Hay Ennahda No 1
35 41 77 RABAT

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

Rabat, le : 02 JAN 2024

Compte Rendu

Nom: NEJJARI Halima
Opère Calcanéum droit
- Infiltration Dejo 80 + Hydro + Ruscovir

Dr. NAZIH Rachid
Traumatologue - Orthopédiste

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



101115491

IF 34101703 - IP 25109846