

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-000931

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

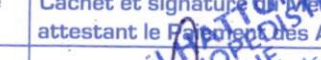
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société : RAS AG4384
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SHAMHARTE Mohamed
 Date de naissance : 28/12/57
 Adresse : 67 GINER Rue 5 N°5 OAS CISA
 Tél. : 0661419162 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17 / 05 / 2023
 Nom et prénom du malade : SHAMHARTE MOHAMMADI Age : 72
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Polyarthralgies
 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 : ACCUEIL Le : 07/05/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autonisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Fait des Actes
05.2023	§		250,00	
28.06.23	CS		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie des Papeteries 36, Rue Jules-Ferry 19200, 25000 - 06 511 511 511 Montcalm, France Tel: 05 22 52 52 00	Date	DOCTEUR CHIRURGIE DENTISTE Montcalm, France 511 511 511 Californie R. 100 Tel: 05 22 52 52 00
	17/05/23 29105123	290,70 M\$ T = 198,00 D.H

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Pharmacien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Cheikh Sidi Rahat Dr. Laasry Imane Adresse: Dyar Chatil Gh. 3, Imm. 1 RDC Magasin 3 Fixe: 08 08 51 36 69			

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D ————— G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS										
		DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU 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 و جراحة أمراض العظام و المفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

29/05/2023

Casablanca, le

Mr GHAMMARTE MOHAMMADI

198100

NOCICEPTOL GEL

1 Application le matin, 1 Application le soir



T= 198100

PJC: 198.00 DHE

Pharmacie Chems Sidi Rahal
Dr. Leassy Imane
Adresse: Dyar Chatil Gh. 3, Imm. 1
RDC Magasin 3
Fixe: 08 08 51 36 69

Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511, Bd. Al Qods, Rés. Al Qods
Californie RDC, Apppt. Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 - GSM: 06 61 30 08 37
INDE: 06 103 7200

PROCHAIN RDV LE :

Pharmacie Chems Sidi Rahal
Dr. Leassy Imane
Adresse: Dyar Chatil Gh. 3, Imm. 1
RDC Magasin 3
Fixe: 08 08 51 36 69

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

Dr. Nabil HATTOMA

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

الدكتور نبيل هطوم

إختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام و المفاصل
جراحة المفاصل بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca, le 17/05/2023

Mr GHAMMARTE MOHAMMADI

DUOXOL COMPRIME SECABLE 500 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

CELEPHI GELULE 200 MG BOITE DE 20

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

RANCIPHEX COMPRIME GASTRO-RESISTANT 20 MG BOITE DE 14

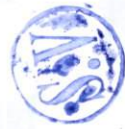
1 le matin avant le repas pendant 14 jours

37,00

37,00

140,00

PPV: 140 DH 00



PPV: 143 DH 70

Total: 200,70 DH



Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
511 BD Al Qods Rés Al Qods
California RDC Apt Casablanca
Tel 0522 52 52 10 - 06 61 30 08 32
INPE 051037200

213

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