

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Déclaration de Maladie

N° W21-772780

Pay course



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8421** Société : **145825**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **NASSIME MOHAMED**
 Date de naissance : **01-07-1947**
 Adresse : **lot. AGENCE URBAINE n° 86 LISSASFA
CASABLANCA**
 Tél. : **863, 20** Total des frais engagés : **Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **9 JAN 2019**

Nom et prénom du malade : **NASSIME MOHAMED** Age : **72**
 Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Vertiges**

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 : **Kenitra** Le : **16/01/2019**
 Signature de l'adhérent(e) :

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
10/01/23	CS		3000 DH	INP : 11111111111111111111111111111111 01/01/234921 Med Diouf N 10/01/2023 09/01/2023 05/01/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP 052012754	10.10.1123	563 + 80

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	B 00000000 35533411			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
	(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

DR. YOUNES OUAHMANE
Neurologue
Ex. Médecin Officier Spécialiste
À l'Hôpital militaire Mohamed V de Rabat
Electro-encéphalogramme (EEG)
Electro-neuro-myogramme (ENMG)



د. يونس واحدان
اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب
طبيب خارط العسكري سابق
بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
التحفيظ الكهربائي للدماغ
والتحفيظ الكهربائي للأعصاب والعضلات

KENITRA le : 10/01/2023

ORDONNANCE

Mr NASSIME MOHAMED

30.70 x 03

KARDEGIC 75 MG

77.20 1 sachet au milieu du repas du midi X 3 mois

140.00

ANGINIB 50 MG

1cp matin après repas X 3 mois

TANGANIL 500 MG

1 cp x 3/j après repas au besoin

71.30 x 03

TANAKAN 40 MG

1cp x 2 / jour après le repas X 2 mois

LECTIL 16 MG

1cp X 3 / jour eu besoin

563.20



مكتب 21، الطابق 2، إقامة كاميلا، شارع محمد الديوري (المؤدي لمحطة القطار) القنيطرة

✉ dr.ouahmane.neuro@gmail.com

☎ 0668 505 766

☎ 0530 096 818

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT :22E007
PER :06 2024



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT :22E007
PER :06 2024



KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

LECTIL*16 mg
Béthistine (dichlorhydrate)
30 Comprimés sécables
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240471

LOT : 287
PER : JUN 2025
PPV : 140 DH 00

9 118000 051077



Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 290
PER : JUN 2025
PPV : 77 DH 20

ANGINIB 50 mg
28 Comprimés pelliculés

6 118000 050636

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71,30
LOT : 202013
PER : 08/25

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71,30
LOT : 202013
PER : 08/25

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71,30
LOT : 202013
PER : 08/25

40/00