

## 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° W21-772780

*Payé*

☒ 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. : Total des frais engagés : 863,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ 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 : 16-01-2023

Signature de l'adhérent(e) : *Stahemouly*



### 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
10/01/23	CS	300DH		INP :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

INP  
052012754

10/01/23

563,20

### 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

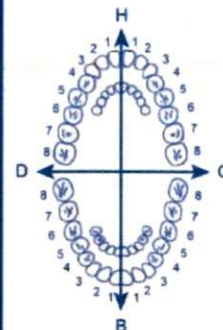
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

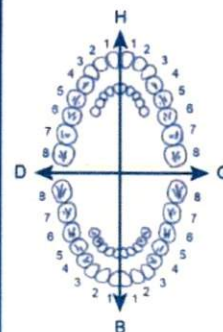
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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)



**ديونس واحمان**

اختصاصي أمراض الدماغ والأعصاب

طبيب ضابط عسكري سابق

بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

والتخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

KENITRA le : 10/01/2023

## ORDONNANCE

**Mr NASSIME MOHAMED**

30.70 x03

**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 x03

**TANAKAN 40 MG**

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

40.00

**LECTIL 16 MG**

1cp X 3 / jour eu besoin

563.20

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

✉ dr.ouahmane.neuro@gmail.com

☎ 0668 505 766

☎ 0530 096 818



LOT : 22E007  
PER : 06 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

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

tanakan 40 mg   
30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
6 118000 011545

220150.000811,9  
ANGINIB 50 mg  
56 comprimés pelliculés

71,30  
LOT 22E013  
PER : 08 / 25

LOT : 22E007  
PER : 06 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

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

tanakan 40 mg   
30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
6 118000 011545

LOT : 22E008  
PER : 09 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

ANGINIB 50 mg  
28 Comprimés pelliculés  
6 118000 050636

71,30  
LOT 22E013  
PER 08 / 25

LECTIL\*16 mg   
Bétabistine (dichlorhydrate)  
30 Comprimés sécables  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 240471

tanakan 40 mg   
30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
6 118000 011545

71,30  
LOT 22E013  
PER 08 / 25

40,00