

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-772784

par courrier



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8491 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSIME MOHAMED

Date de naissance :

01 - 07 - 1947

Adresse :

Lot. AGENCE URBaine n°86  
LISSASFA CASABLANCA

Tél. : 0667 98 00 51 Total des frais engagés : 402,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

INPE  
Moulcine DAOUDI  
PNEUMO-PHTISIOLOGUE  
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri  
et Rue M. Abdou, bureau 39-kénitra  
TEL: 05 37 36 00 22

051260735

Date de consultation : 12/04/2023

Nom et prénom du malade : NASSINE MOHAMED Age : 75 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aigüe

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 : Kénitra

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

NASSINE MOHAMED

## **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
12/10/41 20/12/2	CS	Dr. A. BOURGEOIS RÉS. COMPTAIRE GRAND ABAT	K.D. 1.50 M	INP : 0151260735 INPE INPE - 260735

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Bachat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Référence Montant de la Facture
Pharmacie AZHAR KHADDOUF Dr ZEHLIOUT N° 363 Tunis 22 35 00 20 Votis 242754	12/04/23	152.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE 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 canalaires, 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"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433582</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>B</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				H		G	25533412	21433582	00000000	00000000	<hr/>		D	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																	
25533412	21433582																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	00000000	B																	
35533411	11433553																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Mouhcine DAOUDI**

PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat

Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -

Sevrage tabagique..



د. محسن داودي

احصائي امراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب معتمد سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط

الربو - السل - الحساسية -

الإقلاع عن التدخين ..

**KENITRA le : 12/04/2023**

**Mr NASSIME MOHAMED**

**ORDONNANCE**

19.20



1/ Azithrix cp 500 mg

1 cp par jour pendant 03 jours.



2/ Predni 20 cp

2 cp par jour le matin pendant 03 jours.



3/ Muxol sirop

1 cas x 3 par jour pendant 05 jours.

152,30

Pharmacie AZ-ZAHAROUYE  
Dr Zarhouni ADDOUJ  
Lotis. Azharouye lot N° 363  
Kénitra . Tél : 05 37 35 00 20

Dr. Mouhcine DAOUDI  
PNEUMO-PHTISIOLOGUE  
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri  
et Rue Md Abdou, bureau 39. Kénitra  
Tél: 05 37 36 00 22

INFL  
051260735

Bureau 39, 3ème étage, résidence CAMELIA 109,  
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra  
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)

05 37 36 00 22

07 08 07 80 86

6 118000 080572



Solution buvable - 250 ml

MUXOL® (Aptamox)

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) : 32,60

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH) :

40,00

AZITHRIX® 500 mg

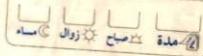
3 comprimés pelliculés

6 118000 070115

PREDNI 20mg

20 comprimés effervescents pelliculés

6 118000 081753



Le temps et l'espace (Association)

EXP: 02/24

DDW 0