

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-772784

par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3421 Société : 158591
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED
 Date de naissance : 01-07-1947
 Adresse : Lot. AGENCE URBAINE n°86
 LISSASFA CASABLANCA
 Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 402,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMED DAUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Rés. Camelia Angle Av. Diouri
et Rue M. Abdou bureau 39- Kénitra
TEL 05 37 36 00 22



Date de consultation : 12/04/2023
 Nom et prénom du malade : NASSIME MOHAMED Age : 75 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite 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 : Kenitra Le : 14/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/04/2023	C.S.	DR. MOUNICIN REC. COMM. 10.06 Dr. Rivaud Abbe	260735	INP : 072260735 INPE INPE 260735

[illegible]

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

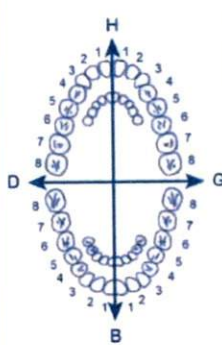
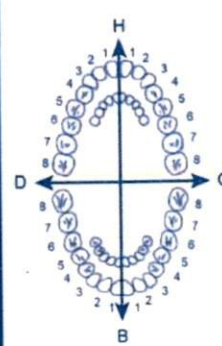
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents
Traitées

Nature des Soins	Durée de la séance	Février 2017	Mars 2017	Avril 2017	Mai 2017	Juin 2017	Total
Soins préventifs		16	18	19	17	15	85
Soins curatifs		10	12	11	13	14	60
Total		26	30	30	30	29	145

Coefficient

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouhcin 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

أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب مقيم سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط

الربو - السل - الحساسية -

الإقلاع عن التدخين ..

KENITRA le : 12/04/2023

Mr NASSIME MOHAMED

ORDONNANCE

Pharmacie AZHAROUNE
Dr Zarkoun AZHAROUNE
Lotis, Azharoune lot N°363
Kénitra - Tél : 06 37 35 00 20

29.20

1/ Azithrix cp 500 mg

1 cp par jour pendant 03 jours.

40.00

2/ Predni 20 cp

2 cp par jour le matin pendant 03 jours.

32.60

3/ Muxol sirop

1 c a s x 3 par jour pendant 05 jours.

152,30

Dr. Mouhcin DAOUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri
et Rue Md Abdou, bureau 39- kénitra
Tél: 05 27 36 00 22



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



Solution buvable - 250 ml

Ambraxol
MUXOL

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH) : 32,60

AZITHRIX® 500 mg ○
3 comprimés pelliculés



6 118000 070115

EXP: 02/24

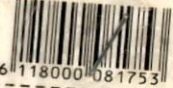
LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH) :

PREDNI® 20mg ○

20 comprimés effaréscentés sécables



6 118000 081753

مادة
صباح
زوال
مساء

le temps et l'espace (évaluation)