

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-815169

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09946	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NEJJARI Halima
Nom & Prénom : NEJJARI Halima			
Date de naissance : 1970			
Adresse : 181 été AL RABID HAY NAHDA 1 RABAT			
Tél. :	0670276244	Total des frais engagés :	3140,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : Dr. najib EL BOUAFIA Médécine Générale N°283, Hay Nahda II - Rabat
Date de consultation : 22/08/2023
Nom et prénom du malade : NEJJARI HALIMA
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dentiste orthodontie rhumatisme
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 : Rabat Le : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : 22/08/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-815169
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 09946  
 Nom de l'adhérent(e) : NEJJARI Halima  
 Total des frais engagés : 3140,90  
 Date de dépôt :

## **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
22/01/2023	Consultation	1	150.00	INF : 101146524
				najib EL SOUFI Médecine générale Nabily Nabili 27/753344

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
E HASSANIA 112P Résidence Nakhil 112P Ahmed Réda Guédira - Nahda 1 Tél : 05 37 65 74 29	22/8/23	190,90

**ICE:003056280000086**  
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

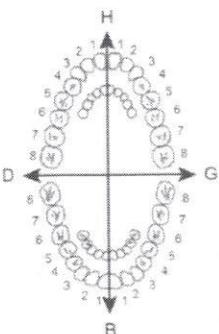
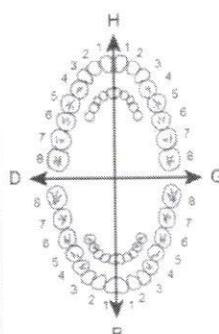
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Najib EL BOURAKKADI

Médecine Générale

Echographie

Ex-médecin

appelé des FAR

Médecin Agrée pour la visite

d'aptitude à la conduite

الدكتور نجيب الورقادي

الطب العام

الفحص بالصدى

لبيب مجند مابق بالقوارب

السلحة الملكية

لبيب معتمد للفحص الكبير

لقدرة على السياقة

Rabat le : 22/08/2013

111,00

NEJARAH ALMA

1. Lefbox 900 (84)

40,00 MPJ 04 fm

2. Prelim 3000 spf  
39,90 2 epif paf 0 fm

3. Exomuc

120,21 00 fm

190,90

Dr. najib EL BOURAKKADI  
Médecine Générale  
N°283, Hay Nahda II - Rabat  
Tél : 05 37 75 33 11

رقم 283 ، حي النهضة II ( توسيع III ) - الرباط  
N°283, Hay Nahda II - Rabat  
Tél : 05 37 75 33 11 Email : najib.elbourakkadi@gmail.com

# Exomuc®

acétylcystéïne 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets



LOT 23006  
PER AVR 25  
PPV 39DH90

Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال  
لدى ترك هذا الدواء في متناول ومرأى الأطفال

LABORATOIRES PHARMA 5 Zone Industrielle Ouled Saleh  
Bouskoura, Maroc - Yasmine LAHLOU FILALI, Pharmacien Responsable

Leflox®  
Boîte de  
pelliculés



6 1181

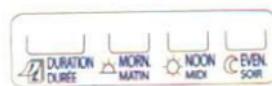


# Leflox® PHARMA 5

Levofloxacin

LOT : 2386  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 111 DH 00

Comprimés  
effervescents /  
sécalés / Scored  
effervescent tablets



COOPER  
PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
ر.ن. ٤١، شارع محمد الموروثي ٢٠١١٠،  
الدار البيضاء المغرب  
صيادلة مسؤول : أمينة الداودي

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

7 comprimés pelliculés  
Voie orale

