

# 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 074937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 2 3 3 Société : R - A - M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Moutahid NADIA

Date de naissance : 05-08-1978

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Thamek CASA

Tél. : 0664 245206 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelilah ZAHAR

CADRE D'OPTIQUE N°97  
Bd. Hassan II Casablanca  
Tél. : 05 22 38 40 44

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : MOUTAHID NADIA Age : 1978

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tachycardie (effle)

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 : CASA. Le : / /

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
10-11-2023	INPE: 091192435		3,0000	Dr. ABDELMAJID ZAHAR Bd. MABROUK Tél: 95 22 88 44

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2023	217,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



LOT 231383 1  
EXP 04 2026  
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables



LOT 230313 1  
EXP 01 2026  
PPV 35.70

Alpraz® 1 mg

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



Normatens® 100 mg

30 comprimés



MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

LOT: 230005  
PER: 01/2028

FLAGYL 500 mg  
CP PEL 820

P.P.V.: 490H80



FIN D'EXECUTION

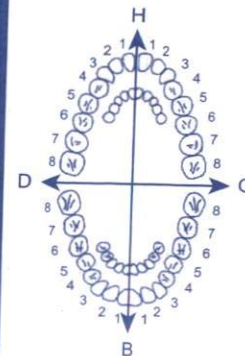
O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

MINI-MONTANT DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(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. Abdelilah ZAHAR

الدكتور عبد الإلاه زهار

Cardiologue

أمراض القلب والشرابين

Casablanca, le : 10.11.2023 في الدار البيضاء

MOUTAHID NADIA

39.50

Motens 100  $\rightarrow$  1/2 + 2/1

35.70 x 3

Aspirine 1/2 + 2/1

1/2 3 mois

28.20 x 2

Smidol 50 x 3/1

49.80

Flazyl 50 x 2/1

27.10



ECG

Dr ZAHAR Abdelilah

Name : MOUJAHID NADIA

ID :

Sex : Female

Age : 45

Date : 10-11-2023

10mm/mV 25mm/s



Main Filter: On

ADS Filter: On