

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

- 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 Société d'Assurance Maladie - Siège Social : 10, Avenue de la Liberté, 20000 Agadir - Maroc
Tél : 05 27 27 27 27 - Fax : 05 27 27 27 27 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-495150

N° D
14570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHATOUI Bouchta
Date de naissance : 01.01.1948
Adresse : Ain chock Ard El Kheir Rue 8 n°9 CASA
Tél : 06 04 805207 Total des frais engagés : 5329 EURO + 98,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AREZDI Moulay Abdelmajid
Hépat - Gastro-Entérologue - Proctologue
Rés. Ryad Al Ouds, GH03, 1^{er} Etg
No 3 Bd Al Ouds - (A. de Bd Hafa)

Date de consultation : 25.11.2019
Nom et prénom du malade : EL HACHIMI HALIMA Age : 63

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

Nature de la maladie : Aff. clin. pour 6/26

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 : CASABLANCA le : 30/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
15.11.2019	G		acte	
19.12.2019	G		acte	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr AIT HAMOU ROUQUINE Tél: 01 47 93 16 06 - Fax: 01 47 93 75 21 5 Rue Victor Hugo 92230 GENNEVILLIERS R.C.S. 832 793 459 Nanterre CPAM 922019567	18/12/2019	53,29 €
	19/12/2019	98,00 PH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

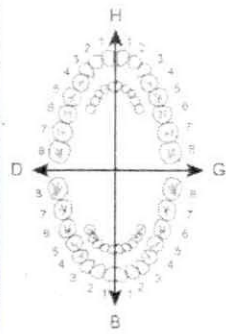
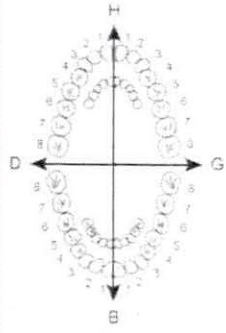
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433353</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25523412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433353	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																			
25523412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433353																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

DR. M^Y Abdelmajid AREZDI

Hépatogastro-entérologue-proctologue

Echographie-endoscopie digestive

Proctologie Médico-chirurgicale

Du en Homéopathie

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Ex médecin chef de service de médecine

de l'hôpital Sekkat

الدكتور مولاي عبد المجيد ارزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأوميوباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السكاك سابقا

**DIGESTIVE
CARE**

Casablanca, le 25/11/2019

Mme EL HACHIMI Halima

53,29 EUR

PYLERA CAPSULES

1BOITE

53,29 EUR

91 00 13 00 16 / 05 22 52 36 36 / 05 22 52 36 36
ATM Chocor - CASABLANCA
N° 3, RD AL Qods - (Angle Bd Haifa)
Rés. Riyad Al Qods, GH03
Hépatogastro-entérologue-proctologue
Dr AREZDI Moulay Abdelmajid

SELARL PHARMACIE

Dr AIT HACHIMI

Tél.: 01 47 93 16 00 - Fax: 01 47 93 16 00

5 Rue Victor

92230 GENNEVILLE

R.C.S. 832 793 459 N° 18

CPAM : 922019987

Rés. Riyad Al Qods, GH03

Imm. 1,2ème Etg N°3

BD, Al Qods - (Angle Bd Haifa)

En face des écoles Bab Al Andalousse

05 22 52 36 36

06 13 13 00 16

1 إقامة رياض القدس الطابق 2

رقم 3 شارع القدس

تقاطع شارع حيفاء

أمام مدارس باب الأندلس

DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépatogastro-entérologue-proctologue
Echographie-endoscopie digestive
Proctologie Médico-chirurgicale
Du en Homéopathie
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
Ex médecin chef de service de médecine
de l'hôpital Sekkat

الدكتور مولاي عبد المجيد ارزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي
أمراض الكبد . المعدة . الأمعاء
أمراض وجراحة الشرج
الفحص بالخطى والمنظار
دبلوم جامعي في المعالجة بالأميوباتي
خريج كلية الطب بالرباط
رئيس قسم الطب بمستشفى السكاك سابقا

Casablanca, le 19/12/2019

Mme EL HACHIMI Halima

BELMAZOL 20 MG

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS pendant 2
semaines

PYLERA CAPSULES

3CAPSULES 4 FOIS PAR JOUR APRES REPAS pendant 10
jours

PYLERA
140 mg/125 mg/125 mg



PC: 03400921804201
LOT: 196275A
EXP: 02/2022
SN: 185872148926

Rés. Riyad Al Qods, GH03
Imm. 1,2ème Etg N°3
BD, Al Qods - (Angle Bd Haifa)

05 22 52 36 36
06 13 13 00 16

1 إقامة رياض القدس الطابق 2
رقم 3 شارع القدس
تقاطع شارع حيفا

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

758330

date J J M M A A A A 13122019

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom EL HACHIMI Halima

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE AIT HAMOU

AIT HAMOU Houcine

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

5 R VICTOR HUGO

PHARMACIE VICTOR HUGO SELARL

SELARL PHIE VICTOR HUGO

05, rue Victor Hugo

92230 GENNEVILLIERS

92230 GENNEVILLIERS

Tél 01 47 93 16 06

=> 92 2 01956 7 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ETRANGER Medecin

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 25112019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XXMALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "m")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PV	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date loc	Date fin loc
PH7	3400921804201		1	51,76	51,76	PYLERA140MG/125/125MG						
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7						
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR						

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

SELARL PHIE VICTOR HUGO

en euros

53

SELARL PHIE VICTOR HUGO

Dr AIT HAMOU

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Tél : 01 47 93 16 06 - Fax : 01 47 93 75 21

5 Rue Victor Hugo

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

Tél : 01 47 93 16 06 - Fax : 01 47 93 75 21

5 Rue Victor Hugo

signature du pharmacien
ou du fournisseurAIT HAMOU Houcine
CPAM : 922019567signature de
l'assuré(e)92230 GENNEVILLIERS
R.C.S. 832 793 450 141
CPAM : 922019567impossibilité
de signer