

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 radiologies doit 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 rééducation.
- 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 radié 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

- Reclamation : 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 Atlas - Ben Abdelhak - Bémé Elabb Aggag - Rue Mohamed Fakhri et Rue Aja - Ben Abdelhak - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (4 lcs) - Fax : 05 23 22 78 17 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-536353

ND-31044

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

8741

Société

R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

JAAFAR SI EL HASSANE

Date de naissance

26/11/67

Adresse

N°4 Rue N°4 ALQODS 3 LISAKSA

Tél

0661456892

Total des frais engagés :

448,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr NADIR Amira
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
182 Bd Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45

MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation

Nom et prénom du malade

SAÏNE MAYMOUNA

Lien de parenté

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie

Dysthyroïdie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué au 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

CASA
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Date : 20/04/2020

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/20	148,60

[illegible][illegible]

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

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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 2553341 30000000 3553341 30000000 G B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, esthétique, à la prothèse			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : _____

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

18 BUT
19 EXECUTION

EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

1

25533-1	25533-1
20000-1	20000-1
0	0
20000-1	20000-1
25533-1	25533-1

9

EFFICIENT
IN S TRAVAUX

MINUTANTS
DE 5 SOINS

DATE DU
REVIS

	DATE DE
	L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو و البلوغ

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreux - Retard de croissance et de puberté

ORDONNANCE

Casablanca le, 20/04/2020 : الدار البيضاء في

Mr - Mme :

Shane Naymouha Ep. Jaber

49,6

D - Cne Fette



1 capsule à boire 1 fois

20 jours

Aspirine



1f le soir 20 jours

148,6

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. à 1
140 Lot Smiracda Lissasfa
Casablanca
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

Dr NADIR Amina
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
182 Bd Anoual, Derb Ghalef
Casablanca Tél : 0522 86 44 86

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال، درب غلف، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

Magmine

Magnésium
+ Vitamine B6
30 Comprimés

Magnésium 300 mg
+ Vitamine B6

Sans sucre
Sans sel



30 Comprimés

724	00	21
LOT	PER	
Prix	99,00	

PROF

Effort physique

Crampes musculaires

Alimentation déséquilibrée

Surmenage.

Activité intellectuelle

Stress.

Croissance

CO*

P*

MCP220MA003118
09/08/2018

1 .. / ..

2 .. / ..

3 .. / ..



3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

Importé par : **Ergo Maroc**
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



SMB