

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.

Diagnostique 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.

Autres :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 (L) - 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- 0051859

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Noureddine NACHITE

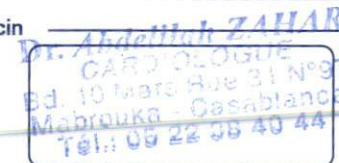
Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane CASA

Tél : 0664245206 Total des frais engagés : 1008,10 + 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2022

Nom et prénom du malade : NACHITE NOUREDDINE Age: 1963

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

Nature de la maladie : 5857 avec RCHA HTA

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 : 12/05/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2022 | en | | 200.00 | Dr. Abdelilah |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 12-05-2022 | 1008,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

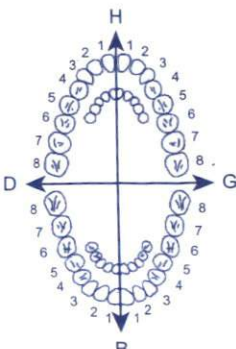
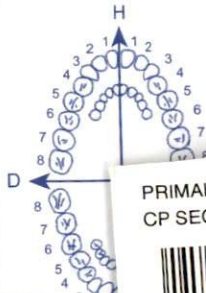

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</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>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <div><p>PRIMALAN 10MG CP SEC B14</p><p>6 118000 011323</p></div> <div>54,00</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 10032

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000

Alpraz® 0,5

28 comprimés séchés



6 118000

Alpraz®

28 comprimés



6 118000

PRIMALAN 10MG
CP SEC B14



6 118000 011323

ATENOR® 100 mg
28 comprimés



6 118000 120063

ATENOR® 100 mg
28 comprimés



6 118000 120063

ATENOR® 100 mg
56 comprimés



6 118000 120070

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| ... | ... | 200.00 | Dr. Abdelilah ... |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| et du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------|------------|-----------------------|
| ... | 12-05-2022 | 1008,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| et signature du ... | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------|------|------------------------------|------------------------|
| ... | ... | ... | ... |

AUXILIAIRES MEDICAUX

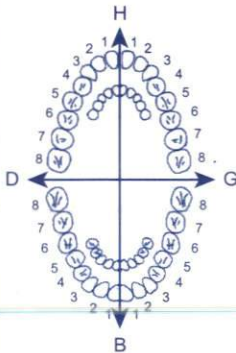

| Nom et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES



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

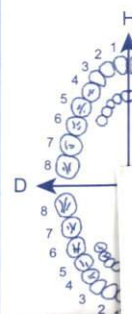
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---|-------------------|---------------------|-------------|
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| |
|------------------|
| CCEFFI DES TR |
| MONTA DES SO |
| DEBUT D'EXEC |
| FIN D'EXEC |
| CCEFFI DES TR |
| MC DE |
| DA DE |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</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>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div>PRIMALAN 10MG CP SEC B14</div> <div></div> <div>54,00</div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Dr. Abdelilah ZAHAR

الدكتور عبد الإلاه زهار

Cardiologue

أمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le : 19.05.2022

الدار البيضاء في

NACHITE NOUREDDINE

111, 10 x 3

11, 10 x 2

54, 85 x 3

20, 100 x 9

35, 70 x 2

112 x 9

54, 00 x 2

1008, 10

Boulevard 10 Mars Rue 31 N° 97 1er Etage Mabrouka - Casablanca

Tel : 03 77 33 40 44 / 06 66 94 66 16 zahar.abdelilah@yahoo.com

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 211107

EXP : 06/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 210734

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

N° LOT

PRIMALAN 10MG

CP SEC B14



6 118000 011323

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

Exp :

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PP

Exp

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :

Exp :

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :

Exp :

N° Lot :

PPV :

Exp :

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :

Exp :

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :

Exp :

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

N° Lot :

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

Exp :

N° Lot :