

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

Déclaration de Maladie

M22- 0019589

Optique **145355** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **10233** Société : **R-A-11**

Actif Pensionné(e) Autre :

Noureddine Nacrite

Date de naissance : **05-08-1963**

Adresse : **Bloc 60 N°63 Sidi Othmane CASA**

Tél. : **06 64 24 52 06** Total des frais engagés : **1324,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/01/2013**

Nom et prénom du malade : **NACHITE Noureddine** Age : **1963**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **ACPA HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

Dr. Abdelilah ZAHAR

الدكتور عبد الله زهار

Cardiologue

أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le

19 آذیف 2023 الدار البيضاء في

MACHITE NUREDDINE

Bipartite 5-9 18/ii
 Atemo 100 → + 2ii
 37,00x3
 57,80x3
 D-Nos 10 → 18 som
 20,00x9
 Sintion 18 som
 35,70x3
 Atemo 50 → 18ii som
 10 3 mois

Primalo 10 → 18
 55,00
 Amoxil 1g + 2ii (61)
 1124,80

Boulevard 10 Mars Rue 31 N° 97, 1er Etage Mabrouka - Casablanca
 Tél : 05 22 38 40 44 / 06 66 94 66 16 - zahar.abdelilah@yahoo.com



LOT 223082 1
EXP 09 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

6 118000 020530

LOT 223364 1
EXP 10 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

6 118000 020530

LOT 221100 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

6 118000 020530

ECG

Name :NACHITE NOUREDDINE ID : Sex :Male Age :60 Date :12-1-2023

