

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.



## Déclaration de Maladie

N°D: N° P19- 059029  
35003

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233

Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Noureddine Jachite

Date de naissance : 05/08/1963

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane EASA

Tél. : 0664215206 Total des frais engagés : 1034,6 Dhs Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Le : 28/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

ation au Cabinet du médecin omnipraticien  
ation au Cabinet par le médecin spécialiste ou  
l'autre que le médecin neuro-psychiatre  
ation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
é jour au domicile du malade par le médecin  
e nuit au domicile du malade par le médecin  
au dimanche par le médecin au domicile du malade  
le jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
e pratique médicale courant et de petite chirurgie  
de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHERENT

elle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle  
elle a préalablement accepté de les prendre en charge.  
ces actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes  
de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son  
traitant.  
tin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement  
osé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses  
tin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous  
dentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## ES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

TALISATION EN CLINIQUE  
TALISATION EN HOPITAL  
TALISATION EN SANATORIUM OU  
TORIUM  
EN MAISON DE REPOS  
TES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs échelons  
temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

es d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit  
hir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord  
Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de  
chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale  
ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 033099

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Naoufeline Nacifte*  
Matricule : *10233* Fonction : *X Agent* Poste :  
Adresse : *Block 60 N° 63 Sidi Othmane CASA*  
Tél. : *06 61 91 52 06* Signature Adhérent : *Naoufeline Nacifte*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *MACHITI ENOUR EDDINE*  Adhérent  Conjoint  Enfant  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Date de la première visite du médecin : *2009*  
Nature de la maladie : *ACFA, HTA*  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.  
A *cas*, le *13/03/2020* Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

*Naoufeline Nacifte* MUPRAS



### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 033099

Matricule N° : *10233*  
Nom du patient : *Naoufeline Nacifte*  
Date de dépôt : *10/03/2020*  
Montant engagé *1034,6 DH*  
Nombre de pièces jointes : *15 Pièces*

Réf. Imp. 302 216 025

## RELEVE 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
13/03/2020	Conseil		200,00	Signature et cachet du Médecin
				EX: 022 36 10 47 Casabouka

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HADJIA SAIDI MARS Casabouka 13/03/2020	13/03/2020	794,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.03.2020		405

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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



**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125,60

**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125,60

**PROTHESES DENTAIRES**

LOT

192015

EXP

09 2022

PPV

35.70

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables

LOT 19199 1  
EXP 07 2022  
PPV 35.70**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H

PPV :

20,00

Exp :

N° Lot :

COEFF  
TEST

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

**Sintrom® 4 mg**

Acénocoumarol 10 comprimés



PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

**Sintrom® 4 mg**

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

**Sintrom® 4 mg**

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

**ZOTROL® 100 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 032847

**ZOTROL® 100 mg 28**

comprimés sécables

PPV 45DH00 EXP 05/2022  
LOT 94059 2**ZOTROL® 100 mg 28**

comprimés sécables

PPV 45DH00 EXP 10/2022  
LOT 99030 1**ZOTROL® 100 mg**

28 comprimés sécables

PPV 45DH00 EXP 10/2022  
LOT 99030 1

6 118000 032847

**TAHOR 10 MG 28 CPS**

P.P.V : 78DH00



6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

**TAHOR 10 MG 28 CPS**

P.P.V : 78DH00



6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

**TAHOR 10 MG 28 CPS**

P.P.V : 78DH00



6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Boîte scellée protection  
pour votre protection**Sintrom® 4 mg**

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

PPV :

Exp :

N° Lot :

# CABINET MÉDICAL

Explorations Cardiovasculaires

Troubles du Rythme et de la Conduction

**Dr. Abdelilah ZAHAR**

Cardiologue

Casablanca le.....

**بطاقة طبية**

متخصصة في أمراض القلب والشرايين

- و أمراض نبض القلب

**الدكتور عبد الله زهار**

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

الدار البيضاء في.....

NACHITE Noureddine

NACHITE Noureddine



N° 396172

Né(e) :  
EXAMED/Réf : 140320 529  
ORDONNANCE

TP-IAZ

Dr. Abdelilah ZAHAR  
Centre Cardiologique Mabrouka  
Ed. 10 Mars, Casablanca  
Fax: 022.38.10.44. Casablanca

Dr. Abdelilah ZAHAR  
Centre Cardiologique Mabrouka  
Ed. 10 Mars, Casablanca  
Fax: 022.38.10.44. Casablanca

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

Tél : 05.22.38.40.44 / 06.66.94.66.16 Email : Zahar.abdelilah@yahoo.com

# CABINET MEDICAL

Explorations Cardiovasculaires

Troubles du Rythme et de la Conduction

**Dr. Abdelilah ZAHAR**

Cardiologue

# عيادة طبية

متخصصة في أمراض القلب والشريان

و أمراض نبض القلب

**الدكتور عبد الله زهار**

أخصائي في أمراض القلب والشريان

Casablanca le ..... 13/08/2002 ..... الدار البيضاء في

NA CH 17 Nov REDDINE

125,60 x 2

Biprotocu x 5 → 112,82

45,00 x 3

Totale 100 → 112,82

20,00 x 5

Sintress 112,82

79,00 x 3

Talidomide → 112,82

35,70 x 2

Allofase - 5 → 112,82

194,60



3 Nov 2002

Dr. Abdelilah ZAHAR  
Boulevard 10 Mars Rue 31 N 97, 1er Etage Mabrouka  
Fax: 022 30 10 44 Casablanca

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

Tél : 05.22.38.40.44 / 06.66.94.66.16 Email : Zahar.abdelilah@yahoo.com

ATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**EXAMED**  
LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007  
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Préfecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Taoufik LOUANJLI  
Pharmacien-Biologiste

N° 2002661

DIS Biologie Médicale  
Biologie de la Reproduction  
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

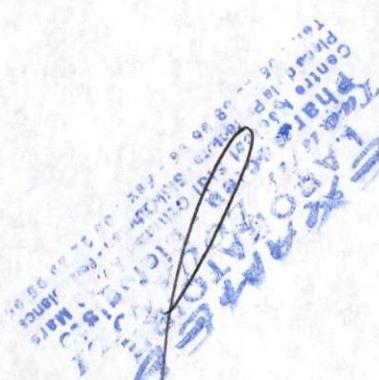
Nom/Prénom : Monsieur NACHITE Noureddine

Casablanca le :14/03/2020

Medecin : Dr ZAHAR A

Analyses	Clé	Cotation
TAUX DE PROTHROMBINE SS TRAITE	B	40
<b>Montant en Dhs:</b>		<b>40.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: Quarante Dirhams



**Taoufik LOUANJLI**  
Pharmacien-Biogiste

DIS Biologie Médicale  
Biologie de la Reproduction  
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Code Patient : 396172  
Date du prélèvement : 14/03/20  
Possier édité le : 14/03/2020

**Monsieur Noureddine NACHITE**  
Référence : 140320 529  
Dr. ZAHAR A

Page: 1/1

## HEMOSTASE

STA Satellite - STAGO

Valeurs de référence

Antécédents

### TAUX DE PROTHROMBINE :

T.P ..... : 73 %  
I.N.R ..... : 1,24

I.N.R. (Rapport Normalisé International)

Valeurs conseillées

- Prévention recidives thromboses veineuses ..... 2 < INR < 3
- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 < INR < 4
- Risque hémorragique ..... INR > 5

75,60

Centre Médical Sidi-Othman (à côté de la clinique sidi-Othman), Av. 10 Mars, Place de la Préfecture, Sidi Othman  
CASABLANCA - Tél. : 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96 - E-mail : louanjli@menara.ma  
R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - C.N.S.S. : 6681995 - ICE : 00007951100007

**EXAMED**  
LABORATOIRE  
*Taoufik LOUANJLI*  
Pharmacien - Biogiste  
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars  
Place de la Préfecture - Sidi Othman - Casablanca  
Tel. : 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Biogiste