

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## otique :

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.

## entaire :

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.

## 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 : 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053360

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

51916

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : M. Nino

Date de naissance : 10/06/1961

Adresse : 81, Rue Moussa Bouen Nousse

Tél. : 0661314396

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : Anne

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Ven ph accidentel

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

17/11/2020



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
11/11/2022		0	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AIDA</b> ne. <b>BENOUNA BENZAKOUR</b> Hayat 196, Bd. Zerkouni - Casablanca : 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 38 61	14/12/2020	73,10

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

[illegible]

**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 d

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Nathalie PAYELLE**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de RENNES (France)

**MEDECINE GENERALE**

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

**الدكتورة نطالي بيل**

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

**الطب العام**

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري، السمنة، الكوليسترول ...)

رخصة رقم: 12457

Casablanca, le 14/06/2020 في الدار البيضاء،

ALL EZZAID Anna

17, 20

1/ mefgru 810 (S.V.)

16/12/2020

56, 60 300

4 Pulnox 10 106 #469#

137

T=73, 70

**Dr. PAYELLE Nathalie**  
Médecine Générale  
Résidence Annour Immeuble 2  
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca  
Tél: 05 22 36 84 GSM: 06 61 32 53 22

**PHARMACIE AIDA**  
Mme. BENOUA BENAKOUR Hayat  
196, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 36 61  
ICE : 00175460000050



10 ملغ

تأريقات زولبيدوم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

RESPECTER LES DOSES PR

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur prescription médicale

فقط بموجب وصفة طبية / لائحة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60



118000 061465

LOT : 8MA032

PER.: 09 2022

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



118000 062134

LOT : 20E009

PER.: 05 2023

POSOLOGIE / الجرعات - MONA

MATIN / الصباح

MIDI / الزوال

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanoï-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,

Ain Sebaâ, Casablanca.

laticien BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,

Ain Sebaâ, Casablanca.