

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 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 radio-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 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° W19-569317

Mux710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12636* Société : *RAM*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *ZINEH HOUNA*
 Date de naissance : *18/01/2024*
 Adresse : *20240 Casablanca*
 Date de naissance : *20/05/1987*
 Tél. : *0662614389* Total des frais engagés : *1183 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *[Signature]*
 Date de consultation : *18/01/2024*
 Nom et prénom du malade : *Zineh Houna* Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Affection Génomique*
 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 : *Casablanca* Le : *18/01/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
10/12	Contrôle		G	INP : 091029512

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Poussiéreur	Date	Montant de la Facture
	<p>8/12/22</p>	<p>1183</p>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. AMINE
LEMSEFFER
GYNECOLOGUE & OBSTETRICIEN

Suivi de grossesse • Accouchement • Infertilité du couple
Diagnostic antenatal • Echographie 3 et 4 D • Coelochirurgie
Consultation et suivi en gynécologie • Chirurgie et maladie du sein
Chirurgie gynécologique • Dépistage des cancers gynécomammaire

مراقبة الحمل • الولادة • الفحص بالألوان فوق الصوتية و الموجات 3-4 D
عقم الزوجين • جراحة و أمراض النساء • أمراض الثدي • الفحص
بالمجهر الداخلي • الفحص المجهرى عنق الرحم

18/10/22

ZRINEH Houda.

1183.00

Memopur 75

1 inj sklj



1183.00

Pharmacie MEDOPS SARL AU
MAÏRIF
Docteur en Pharmacie
9, Rue Kenou Yassia Maïrif - Casa
Tél: 0522 84 87 26 - Fax: 0522 95 09 20

DR. AMINE LEMSEFFER
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN
11, Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1er étage - Maïrif - Casablanca

Tel : 05 22 65 84 49 / Urgence 06 61 07 73 35

11, Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1er étage - Maïrif - Casablanca

11 زنفة أبو حيان التوحيدي - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء

GYNECODYALI.COM

Menopur® 75 UI
Ménotropine
Poudre et solvant pour solution injectable

مينوبور® 75 و.د
مينوتروبين
مسحوق ومذيب لمحلول حقن

5
Unité /
وحدة

MENOPUR 75 UI
Poudre et solvant pour solution injectable
Boîte de 5 Flacons
PPV : 1183,00 DH
AMM N°118 DMP / 21/ NNP
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1,27182-Bouskoura



6 118001 070725

FERRING

PHARMACEUTICALS

Date d'expiration /
تاريخ انتهاء الصلاحية
Date de fabrication /
تاريخ التصنيع
الرجوع إلى

مينوبور® 75 و.د
مينوتروبين

مسحوق ومذيب لمحلول حقن

للحقن تحت الجلد أو في العضل

5 زجاجات من المسحوق + 5 أمبولات من المذيب (1 مل)



Menopur® 75 UI
Ménotropine

Poudre et solvant pour solution injectable

Voie intramusculaire ou sous-cutanée.

5 flacons de poudre + 5 ampoules de solvant (1 ml)

03 2023
04 2021
111342C