

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-766389

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **RAM**

Matricule : **01948** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **DRISS**

Nom & Prénom : **J. BARA**

Date de naissance : **01/01/1947**

Adresse : **1 Rue Mohamed Gharnit Oujda**

Tél. : **0664 557044** Total des frais engagés : **581,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Denteur Abdelmalek GHOMARI**
Dermatologue - Vénérologue - Allergologue
Médecine Esthétique Laser
Angle Bd. Allal Ben Abdellah et
Et Ibn Khaldoun - Oujda

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/01/2023**

Nom et prénom du malade : **J. BARA** **DRISS** Age : **76**

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

Nature de la maladie : **Impetigo**

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 : **Oujda** Le : **03/01/2023**

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-766389

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **01948**
Nom de l'adhérent(e) : **J. BARA DRISS**
Total des frais engagés : **581,40**
Date de dépôt : **03/01/2023**

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 : 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

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
23/01/2023		2	2500,00	INPE 082006461 Docteur Abdelmalek CHOUARI Dermatologue - Vénérlogue - Allergologue Médecine Esthétique Laser Bd. Allal Ben Abdellah et Ed Ibn Khaldoun - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Samir - Oujda Bd. Allal Ben Abdellah et Ed Ibn Khaldoun - Oujda INPE 082006461	03/01/2023	331,70

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelmalek GHOMARI

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Montpellier

Ancien Attaché à la Clinique
Dermatologique du C.H.U de Montpellier

Spécialiste des Maladies de
la Peau du Cuir Chevelu - Maladies
sexuellement transmissibles - Varices
Maladies Allergiques
Laser Esthétique
Photo Rajeunissement

الدكتور عبد المالك غماري

خريج كلية الطب بمونبيلي
(فرنسا)

اختصاصي في الأمراض الجلدية - الشعر
الأمراض التناسلية أمراض العروق
وأمراض الحساسية
التجميل بالليزر

وجدة، في 03/04/2023

JBAN DRESS

24,7 = (24,7 x 3)

Sepca ras

10,7

19,27 - 1,17

Dolorop ras

1 Cp matin et soir

80,8

le soir

Vaseline - 100 mg

préventif

Diploleone pul 2x24

168

skincare pul de nuit

104, شارع غلال بن عبد الله (إقامة الريان، الطابق 2) الهاتف : 05 36 70 09 00 - وجدة

104, Avenue Allal Ben Abdellah (Résidence ARAYAN - 2^{ème} Étage) Oujda

Tél. : 05 36 70 09 00 - GSM : 06 61 26 17 26 E-mail : malek-doc@hotmail.com

Pharmacie AL JISR
Zaid Samir Pharmacien
141 Bd d'Alfif - Oujda
Tél : 05 36 27 42 - Fax : 05 36 27 40

INPE: 082006461



سييلسين 500[®] مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCE[®] 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

سييلسين 500[®] مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCE[®] 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

سييلسين 500[®] مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCE[®] 500 mg

ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

acétamol
top
500 mg

Dolostop[®] 500mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 093022

Skinosone pommade
tube de 15g



6 118000 091592

DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
611 800115 012 0
P.P.V. : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
611 800115 012 0
P.P.V. : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

leurs et fièvre
Dès 27 kg

LOT : 9149
UT. AV : 05-25
P.P.V. : 10 DH 20