

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

M22- 0046031

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3101 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABIR NOHAMED 153407
Date de naissance : 01/01/1943
Adresse : habitude
Tél : 0663747067 Total des frais engagés : 1847,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. BENGELLOUN Mounir
CHIRURGIEN
Sd. Med. VI 8 Rue du Rif - Casablanca
05 22 20 45 45 - Tél. 05 22 20 45 45
Date de consultation : 13/03/2023
Nom et prénom du malade : ABIR NOHAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rehabilitative
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 13/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
13/03/2023	C2		1005,80	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI OKBA H. OUS Mme SEPOUK Docteur en Pharmacie Tél: 0522 64 9 27 14 Rue Sidi Okba H. OUS	13/03/2023	1647,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mounir BENGELLOUN

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)
Médecin Assermenté Expert Près les Tribunaux

Chirurgie Viscérale et Digestive
Chirurgie Dermatologique et Esthétique
Chirurgie Gynécologique et du Cancer
Coeliochirurgie - Échographie
Circoncision

الدكتور منير بن جلون

طبيب إختصاصي في الجراحة

خريج كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

جراحة الجهاز الهضمي و البواسير

جراحة الجلد و التجميل

جراحة أمراض النساء و السرطان

جراحة الليزر - الفحص بالصدى
ختانة

Casablanca, le : 13/03/2023 : الدار البيضاء في :

SABIR Mohamed

$$140,00 \times 3 = 420,00$$

عدد الحزب 140,00 x 3 = 420,00 S.V

$$114,10 \times 4 = 456,40$$

عدد الحزب 114,10 x 4 = 456,40 S.V

$$109,20 \times 2 = 218,40$$

عدد الحزب 109,20 x 2 = 218,40 S.V

عدد الحزب 109,20 x 2 = 218,40 S.V

$$98,90 \times 4 = 395,60$$

عدد الحزب 98,90 x 4 = 395,60 S.V

$$78,70 \times 2 = 157,40$$

عدد الحزب 78,70 x 2 = 157,40 S.V

عدد الحزب 78,70 x 2 = 157,40 S.V

$$1647,80$$

Dr. BENGELLOUN Mounir
CHIRURGIEN
7d. Méd. VI 9 Rue du Rif - Casablanca
Tél./Fax: 05 22 28 05 95 - 06 61 45 62 13

06 61 45 62 13 - المستعجلات: 05 22 28 05 95 - الفاكس: 05 22 28 05 95 - الهاتف/ الفاكس: 05 22 28 05 95 - شارع محمد السادس - 9 - زنقة الريف - الدار البيضاء - الهاتف/ الفاكس: 05 22 28 05 95 - 06 61 45 62 13

Bd Mohamed VI - 9, Rue de Rif - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 28 05 95 - Urgences: 06 61 45 62 13

Email: m.benjoy@yahoo.fr

OEDES 20mg
56 gélules

LOT: 211818
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg

LOT: 211818
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

BESTOR® 5 mg
Rosuvastatine

114/10

OEDES 20mg

LOT: 211818
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

BESTOR® 5 mg
Rosuvastatine

114/10

BESTOR® 5 mg
Rosuvastatine

114/10

BESTOR® 5 mg
Rosuvastatine

114/10

GAPRE® 25 mg

EXP 06/25
PPV 109DH20

GAPRE® 25 mg
en Gélules

EXP 06/25
PPV 109DH20

AMlori 10mg

P.P.V.
98 90

AMlori 10mg

P.P.V.
98 90

AMlori 10mg

P.P.V.
98 90

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés

↓
98,90

↓
98,90

↓
78,20

↓
78,20