

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

- 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° W21-798923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09558

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : JAMAL HAFID

Date de naissance : 24/10/1969

Adresse : VILLA C46 ZOUHOUR II, NAKHIL RID, MARRAKECH

Tél. : 0661702760

Total des frais engagés : 618,10 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2023

Nom et prénom du malade : BEN ATOUL Amel

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.

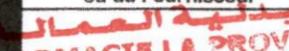
Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : JAMAL

Le : 31/07/2023

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
07/17/2003		Cr	400	 <p>Dr. Mohamed El Koutoubi 10 KOUTOUBI CH 10 AV ZERKTOUNI 10 AV MARRAKCH 10 28 08 28 48 75 TEL: 08 93 98 75 WTSP: 08 93 98 75 FAX: 08 93 98 75 08 93 98 75</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 PHARMACIE LA PROVINCE Marrakech Route de Fes 40111 - Marrakech Tel: 05 24 38 14 11 - Fax: 05 24 38 14 50 0726221197 / 06 651020630000077	07/10/2023	218110

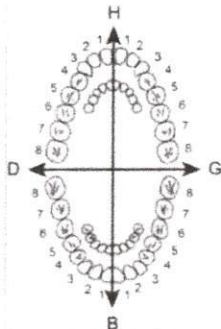
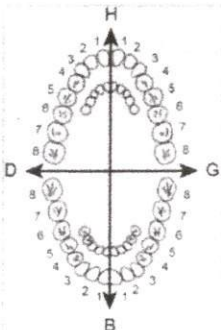
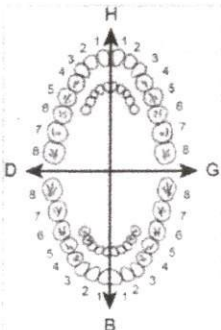
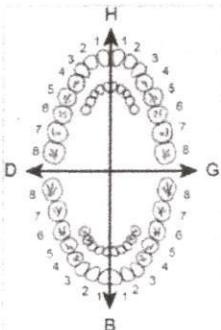
[illegible][illegible]

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 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"/>																		
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553	
			H		G																		
			25533412	00000000	21433552		00000000																
D					B																		
00000000			35533411	00000000	11433553																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

07 juillet 2023



BENBATOUL AMAL

IBERTIN 1 g

1 sachet *2/j, pendant 10 jours

ICOMB (tobramycine, dexaméthasone)

1 goutte x 3 par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

FRAKIDEX pommade

1 application le matin et au coucher, dans l'œil droit, pendant 15 jours

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

PPV: 167DH00
PER: 03-2025
LOT: 18623005



Icomb®

Lot: ZN0067
Fab: 11 22
Exp: 11 24
PPV: 30 DH 30

صيدلية الصمان
PHARMACIE LA PROVINCE
Mme Elach SANHAJI
Route de Fes Ain Inz - Marrakech
Tél: 05 24 30 94 11 / 05 24 31 06 50
INPE: 072936219 / ICE: 001020080000077

Dr. GHAZZA AHMED
OPHTALMOLOGUE
IMM KOUTOUBIA CENTER I
AV ZERKTOUNI GUELIZ
TEL: 05.24.43.76.64
WTSP: 06.93.98.17.98
INPE: 071261465

CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

07 juillet 2023



BENBATOUL AMAL

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de QUATRE CENT DIRHAMS (400 DH) de Mme BENBATOUL AMAL pour une consultation (C2).

DR. GHAZZA AHMED
OPHTHALMOLOGUE
IMM KOUTOUBIA CENTER 1
AV ZERKTOUNI, GUÉLIZ
MARRAKECH
TEL : 05.24.43.76.64
WTSP : 06.93.98.17.98
INPE : 071261465