

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-692808

171588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12750 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELWATTAN Amine
 Date de naissance : 04/08/1986
 Adresse : 08, Rue Rayana, Lot Al Madania, Hay ELHouda, Berrechid.
 Tél. : 0662779840 Total des frais engagés : 486,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2023
 Nom et prénom du malade : ISSAH HIBA Age: 34

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 Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/23			CG	INP: 061011417 Spécialiste-Gynécologue-obstétrique 46, Lot Al Amal, Berrechid INPE 061011417

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL IZDIHAR 149 Quartier AL IZDIHAR Berrechid Tél: 05 22 32 54 61 INPE: 062084447	12/05/23	368,00
	12/05/23	124,8

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
		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 :

Veillez 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	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 Mohammed El hejjam

Spécialiste gynécologue
accoucheur

Maladie du sein , infertilité du couple

Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام

اختصاصي امراض النساء و التوليد

امراض التدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين

الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم



061011417

PRENOM : HIBA

NOM : ISSAAI

Date : 12/05/2023

Age :

70,00 x 1) Doxymycine 200mg (2 boites)
1 cp / J pdt 20 jours

20,80 x 2) Glucophage 800mg
1 cp / J pdt 3 mois

14,00 x 3) Doliprone 1g
1 cp x 3 / J pdt 7 jours

118,00 x 4) Saphir 1g
1 sachet x 3 / J pdt 7^e

36,00 x 5) Kipred
3 cp / J pdt 5 j

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 062084447

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste Gynécologue - Obstétrique
40, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal

06 64 52 84 40

PPV: 116DH00
PER: 12-25
LOT: L3986

PPV: 70DH00
EXP: 09/2024
LOT: 28012 1

Saphir® 1g/125 mg سفير
16 Sachets ١٦



LOT: 4115
PER: 12 - 25
P.P.V: 36 DH 40

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



DOXYMYCINE
10 comprimés dispersibles 200 mg
6 118000 032410

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV: 70DH00
EXP: 09/2024
LOT: 28012 1

DOXYMYCINE
10 comprimés dispersibles 200 mg
6 118000 032410

Glucophage® 500mg
50 Comprimés pelliculés



Glucophage® 500mg
50 Comprimés pelliculés



PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L2926

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés



14,00
PPV: 14DH00
PER: 02/26
LOT: M551

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
10 Comprimés sécables





Dr Mohammed El hejjam
Spécialiste gynécologue accoucheur
Maladie du sein , infertilité du couple
Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام
اختصاصي امراض النساء و التوليد
امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين
الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم



PRENOM
NOM

HIBA
ISSAH

DATE : 12 / 05 / 2023
Age :

68,60 D^{SV} 1 **Prolifen cp**
2 cp / j du 3ème au 7ème du cycle

56,20 D^{SV} 2 **Estrofem**
1 cp / j du 8ème au 12ème du cycle

Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



3 **Ov-power**
1 cp / j pendant 3 mois

Pharmacie AL IZDIHAR
149 Quartier AL IZDIHAR
Berrechid
Tél: 05 22 32 54 61
INPE: 062084447

Signé : Dr M : EL HEJJAM

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste Gynécologue-obstétrique
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal
06 64 52 84 40