

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 canalaires, 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 canalaires.

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W21-692806

☒ 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 à Sidi Benmour
 Adresse : 08 Rue Ruyana, Lot Al Madania,
 Hay EL Houda, Benachid
 Tél. : 0662 77 9842 Total des frais engagés : 444,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/08/2023
 Nom et prénom du malade : ISSAD HIBA
 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 : 11/08/2023
 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
07/08/2023			CB	INPE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr Mohammed EL REJJAN Spécialiste-Gynécologue-obstétrique 40, Lot Al Amal, Berrechid INPE 061011417

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie AL IZDIHAR</p> <p>149 Chemin AL IZDIHAR</p> <p>Berrechid</p> <p>Tél: 05 22 32 54 61</p> <p>INPE: 062084447</p>	07/08/2023	<p>Pharmacie AL IZDIHAR</p> <p>149 Chemin AL IZDIHAR</p> <p>Berrechid</p> <p>Tél: 05 22 32 54 61</p> <p>INPE: 062084447</p>

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

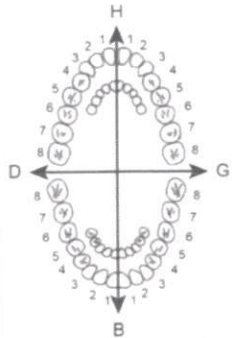
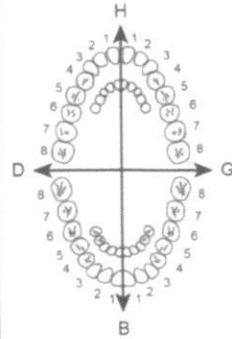
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

SINA 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 والتوليد

امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند اوجين

الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عن الرحم



061011417

PRENOM : HIBA

NOM ISSAAI

Date : 07/08/2023

Age :

- 131,60 (19) Spectrum 500 mg
1 cp / J pdt 10j
- 44,30 (19) 2) Prevagine 150mg ovule
1 ovule / J pdt 3j
- 20,80x3 (9) 3) Glucophage 500 mg
1 cp x 2 / J pdt 2 mois
- 68,60x3 (19) 4) Rolifen 50mg
3 cp / J de J3 à Jf
pdt 2 mois

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

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

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste Gynécologue-obstétrique
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 06111417

46 lot Al Amal

06 64 52 84 40

1311,60

Evagine® 150 mg

Boîte de 3 ovales



6 118000 090588

A16971

44,30

PROLIFEN® 50 mg

clonidine citrate

10 gélules



6 118000 240662

68,60

PROLIFEN® 50 mg

clonidine citrate

10 gélules



6 118000 240662

68,60

PROLIFEN® 50 mg

clonidine citrate

10 gélules



6 118000 240662

68,60

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



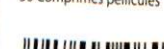
6 118000 080626

20,80

20,80

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

20,80

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626