

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

- Reclamation : 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° P19- 064907

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6493 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : TAHRI-JOUTEY-HASSANI-IBRAHIM-KHALIL

Date de naissance : 21-03-59

Adresse : AVE MY ABDEL AZIZ DESO DAR

EL AMAL LETG 4 N° 22 TANGER

Tél. 0666244310 Total des frais engagés : 908,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENDALI Ahme
médecin généraliste
Jrari II

Date de consultation : 28/2/2024

Nom et prénom du malade : TAHRI JOUTEY HASSANI IBRAHIM KHALIL

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

Nature de la maladie : Affection longue durée - Cancers

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 : TANGER Le : 28/2/2024

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

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
08/02/24		2	200DT	 Dr. BENDALL Ahmed Médecin généraliste Jirani II Tél: 05 39 36 03 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	708,30 DT
PHARMACIE IMAM MALIK  162034482		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

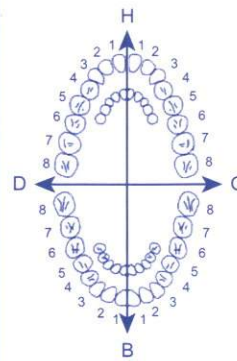
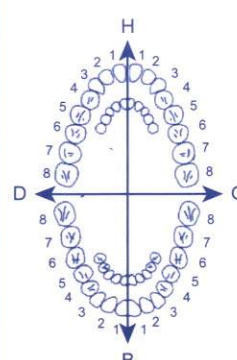
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		G																								
	25533412	21433552	00000000	00000000																							
	00000000	00000000	00000000	00000000																							
	00000000	00000000	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																									
	B																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AHMED BENDALI

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de médecine de Rabat

Spécialiste en Santé Publique

Lauréat de la Faculté de médecine

de Nancy - France

INPE : 161 131 164

الدكتور أحمد بن بديلي
الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط
اختصاصي في الصحة العامة
خريج كلية الطب بفرنسا
(ناني - فرنسا)

Tanger, le 08/02/2024

TAHRI JOWEY HASANI BRAHIM KHALIL

1- DAFLON 1000mg

2 - Hemorenel

3 - Emoflon

4 - IPROST 10mg

5 - Contiflon 0.1mg

6 - Reumixen 10mg

7 - Iselal



11, Avenue Alina Al-Moussani, rue 65, N°23
1er étage - Tanger - Tel : 0539 36 03 00

الطابق الثاني
E-mail: ahmedbendali35@gmail.com

LOT 03/26
EXP 03/26
PPC 68.00DH

201100

ROST LP 10 mg

ATE D'ALFUZOSINE

P P V 147.50 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

35 à libération prolongée

Voie orale

50 ml

LOT DQU38
EXP 03/26
PPC 68.00DH

15B/30

1000130

2003-01-01



emoflon™

Pommade rectale 25 g



5 995327 178509

emoflon™

PPC : 58,50 DH

CE
Dispositif médical

MA 1012 REV 01

HÉMOREÏNE®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 suppositoires

PPC : 80.00 DH



بيرمكسون 160 ملغ

مستخلص شحم ستيروليك سيرينوا ريبينس

علبة من 30 كبسولة

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 30°C.

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

30 درجة مئوية.



Pierre Fabre

maphar

Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Aïn Sebaâ
Casablanca - Maroc

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



6 118001 181957