

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- 0032864

204097

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHERIF ALAMI Naoual
Date de naissance : 12 07 61
Adresse : F D E M
Tél : 06 61 18 81 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : CHERIF ALAMI Naoual
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : PR + Hypertension artérielle
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète

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 : Le : / /

Signature : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
du 13.04 2024	2	001	Gratuit	[Signature]
du 17.04 2024	2	001	Gratuit	
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien				

Libellé de l'achat ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL JAOU Dr. JAOUH Bouchra Rue 22 N° 66 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 31 24	19.04.2024	928,10

[illegible][illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine
de l'Université de Bordeaux II
Professeur Agrégé
MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

SAUF le lundi toute la journée, le mardi matin
et le samedi après midi

الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراة الطب
من جامعة بوردو II
أستاذة مبرزة
الطب الباطني

أيام و أوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا الى الثانية عشرة زوال
و من الثانية بعد الزوال الى الخامسة بعد الزوال

ماعدا يوم الاثنين كاملا ويوم الثلاثاء صباحا
ويوم السبت بعد الزوال

Casablanca, le 13.04.2024

PHARMACIE EL JAOUFI
Dr. JAOUFI Bouchra
Rue 22 N° 36 Hayat Hana
Casablanca
Tél.: 0522 86 38 13

Madame

CHERER ALAM!
Nadia

674,00

(1)

ARAVA



10 up



nide

1 - 19,00 x 3

ISONE



5 up

1 - 731,0

DR
MEDE
1200
ICE:00

TSUP

③ DIAFORMINE

2 Comprimés
18,00 x 3



x 3

④ PLAQUENIL

1,5 Comprimés
42,70 x 3
928,10



x 3

6 118001 082070
P.P.V.: 47DH70
CP PEL B30
PLAQUENIL 200MG

LOT: 24E001
PER: 01 2027

LOT: 24E001
PER: 01 2027
PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V.: 47DH70



6 118001 082070
P.P.V.: 47DH70
CP PEL B30
PLAQUENIL 200MG

LOT: 24E001
PER: 01 2027

x3 Ged

LOT 240149 1

EXP 12 2028

PPV 19 00

5 ملغ
30 قرصين

9 ملغ

بندول

PHARMACIE EL JAOUÏ
Dr. JAOUÏ Souhra
Rue 22 N° 20 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 31 24

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés

