

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 ALIC :

- 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° W19-479751

ND: 29490

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 522 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGHARBAH Moulay Ibrahim
 Date de naissance : 01/01/1947
 Adresse : LA TIGERIE EL BARKA Cité Moham
 dia Marrakech
 Tél : 0660243357 Total des frais engagés : 1287,60 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BOUGHARBAH Moulay Ibrahim Age : 1947
 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 : Marrakech Le : 28/03/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montage de la Pacifone
	26/03/20	1087,60

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

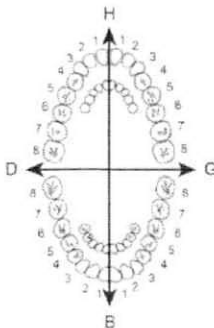
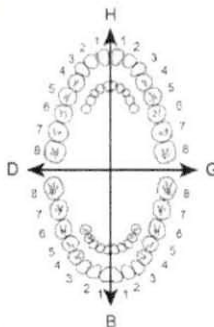
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 0000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 0000000 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chafiq BEN OHOUD

Spécialiste en Endocrinologie - Diabète

(Adultes et Enfants) - Maladies métaboliques

Obésité - Maigreur - Goitres - Cholestérol

Impuissance Sexuelle - Troubles Hormonaux

Maladies du Sein - Retard de Croissance

Diplômé en Nutrition Appliquée

Echographie Générale

Membre de SFD - Paris

Membre du MGSD - France

Ancien Chef de Service à l'Hôpital Errazi

الدكتور شفيق بن أحوود

إختصاصي في أمراض الغدد والسكري

(كبار وأطفال) - أمراض الاستقلاب - السمنة

النحالة - الكولسترول - الضعف الجنسي عند

الرجل - الاضطرابات الهرمونية - أمراض الثدي

قصر القامة عند الأطفال

دبلوم في التغذية التطبيقية

الضحص بالصدى الصوتي

عضو الجمعية الفرنسية للسكري - باريس

عضو المجموعة المتوسطية للسكري - فرنسا

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى الرازي



26 MARS 2020

Marrakech, Le :

1087,60

78,70

44,70 x 2

437,00 x 2

HARMACIE AL WIFAQ
DR NADIA
45, Lot El Barak, Discour
Route de Casa, Marrakech
Tél : 05 24 30 35 22

45,50

A recevoir le :

Durée du Traitement :

Ben Chafiq Ben Ohoud

Direction L.N. 6

2 cr 1

Donner 50 700

1 cr 21

Li RA 24 N 25

1 cr 201

Chafiq 50

06 61 24 99 69 - 05 24 42 34 34 - الهاتف : شقة رقم 8 - ويعقوب المنصور - Espace Assafwa, Angle Blds. Allal El Fassi et Yaacoub El Mansour Appt. N° 8 - Tél. 05 24 42 34 34 - GSM : 06 61 24 99 69
E-Mail : benohoudchafiq2018@gmail.com





LOT: M19101
EXP: JUN 022
PPV: 45,50 OH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC **P.P.V : 437,00 DH**

78, 70

242600060-02

44, 70

242600030-02

44, 70, 15

242600030-02