

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° W21-603458

66080

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELYAZIDI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : RUE 525 1517 ERAC - BOUJABAN AGADIR

Tél. : 0666603124 Total des frais engagés : 339 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 MAR 2024

Nom et prénom du malade : EL YAZIDI Abdelrahmane Age: 71

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

Nature de la maladie : DERMATOLOGIE

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 : AGADIR

Le : 30/03/2024

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
30 MAR. 2021	G	1	2500	INF : INF 04111541 Dr. Abdou-Ilah NASSILA S.E.S BERMATO - VENEROLOGIE 2, Angle Rue Bakay & Rue Marrakech O. AGADIR Tél: 06 58 84 54 41

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE MAM AL BOUKHARI Dr. SIDNABES FATIMA ZAHRA 100, Av. Imam Al Boukhari Eric Bouargane - Azzadir Tél/Fax : 05 20 22 11 88</p>	3-10-31-21	82,00

[illegible]

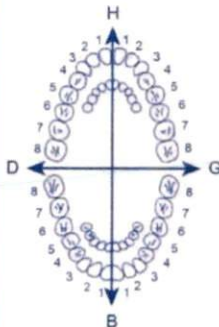
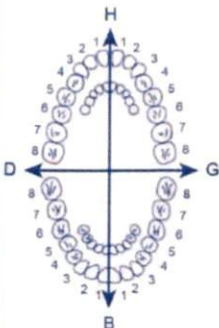
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<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 NASSILA ABDOUL-ILAH

Spécialiste diplômé de la faculté de médecine de NANCY
Membre de la société française de Dermatologie

Maladies de la Peau, Cuir Chevelu, Ongles

Maladies sexuellement transmises

DIU Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique

الدكتور نسيلة عبد الإلاه

إختصاصي خريج كلية الطب بنانسي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد
أمراض الجلد و الشعر و الأظافر
الأمراض الجنسية المعدية
أمراض الجلد عند الأطفال
طب تجميل الجلد

أكادير، في : 30 MAR. 2021
Agadir, le :

LOT : 20E016
PER.: 05 2023
LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V : 30DH00
6 118000 012061

N° 02 943181 Alkerrahman

30,00

Locatop.

le tout au parox & 2g.

1072 x 2g.

52,00

Cetral 4.

19 le tout x 10g

82,00
Dr. Abdoul-ilah NASSILA
C.E.S DERMATO - VENEROLOGIE
2, Angle Rue Bakkay & Rue Marrakech
Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 54 41

PHARMACIE
MAMAL BOUKHARI
Fatima Zahra
Boukhan
Erc Boukhan
Tél/Fax: 05 28 14 68

2. ملتقى زنقة مراکش و زنقة البكاي عمارة أوبدار 80020 أكادير
2, angle rue de Marrakech et rue Bakkay Immeuble Oubidar 80020 AGADIR

Tél: 05 28 84 54 41 - E-mail: abdnas@ymail.com

INP: 041115411 - ICE: 001577981000017

سييتيرال[®]

سيتيريزين

LOT 202883

EXP 01/22

PPV 52DH00

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فار

AFRIC-PHAR



6 118000 070306

CETIRAL[®] 10 mg
15 comprimés pelliculés



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



أفريك - فار

AFRIC-PHAR

Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR
Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111) Km 12.400
Aïn Harrouda 28630, Mohammedia.

صنع من طرف مختبرات أفريك-فار
المنطقة الصناعية عين حرودة غرب ،
الطريق الجهوي رقم 322 (الطريق الثانوي 111 سابقا)
كلم 12.400 - عين حرودة 28630 ، المحمدية .

Médicament autorisé
N° 78 DMP/21/NRQ

احترم الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSÉS PRÉSCRITES

جدول C
Tableau C