

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0050598

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

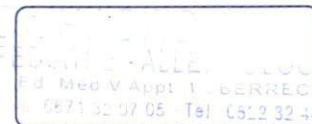
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASSERRHINE Abdeljalil
Date de naissance : 14/10/1964
Adresse : 02 rue ALHAMRA Berrechid
Tél : 0662 77 9145 Total des frais engagés : 356,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9 / 7 / 21
Nom et prénom du malade : Asserrhine Youcef Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Goutte au genou
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 : Nouadhibou

Le : 11 / 08 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09-07-24		an	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
N°: 1-2 Mosquée Riad
Riad (A côté du Stade Sportif Benrecheh)
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

09/07/24 15620

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficent DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficent DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

Docteur HADAOUI RIAHI

Pédiatre
Allergologue



الدكتور حداوي رياحي

إختصاصي في طب الأطفال
أمراض الحساسية عند الطفل

Berrechid le 9-7-21 في برشيد

ORDONNANCE

صيدلية مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMMAM
N°: 1-2 Mosquée Riad
Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechid
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

ASER n° NE
gamm / r

PPV (DH) :

LOT N° : 1660

UT. AV. :

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV. :

TIORFAN® 30mg
Boîte de 30 sachets-dose
P.P.V. : 88.10 Dhs



Nauselium®
Domperidone

1mg/ml

Flacon de 200 ml
Suspension buvable

Voie orale

3, Bd. Med V Hay Zahra - Berrechid برشيد - شارع محمد الخامس حي الزهراء

Tél.: 05 22 32 44 22 - Urgence : 06 71 32 97 05