

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-609190

86 179

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09082 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEABOUTI MOHAMMED

Date de naissance : 30.01.1972

Adresse :

Tél. : 0767609231 Total des frais engagés : 160 + 395 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecine Générale
Lot Makhlouf 2 N 228 app N 1
Deroua - Berrechid
Tél : 0522 51 51 13

Date de consultation : 13/09/2021

Nom et prénom du malade : Mr EL BASHI Hafid

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 de l'adhérent(e) :

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
13/09/2021	160,00			
21/09/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAÏK FOUAD Centre Commercial Deroua Tel : 0522 53 21 77 Fax : 0522 53 25 16	13/09/21	395,90

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
		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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca

Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بوعنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 13/09/2021

Mme EL BASRI Hafida

551°
AFLOX 500 MG

1 cp X2 / j, av

330°
MUSFON 80mg

1cp X3/J apres repas

272°
26
SULPIDAL 50 MG B/20

1 gélX 3 / j pdt 15 jours puis 1 gel X2/J pdt 1 mois

460°
STIMOL

1 amp 2 / j

430°
TOTHEMA

1 amp X3 / j (pendant 04 mois)

496°
D-CURE 100.000

1 amp par semaine, pendant 1 mois

395.9°
PHARMACIE DEROUA
EL HAÏK FOUAD
PHARMACIEN
Centre Commercial Deroua
Tél : 0522 53 21 77 / Fax : 0522 53 25 10
Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhlouf 2 N° 228 app N 1
Deroua - Berrchid
Tél : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makloulf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com



Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

Importé par : **Ergo**
maroc

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

RPV: 49,60 DH
LOT: 21F22
EXP: 06/2024



43,00

طوط هيماء

الحديد - المنغنيز - النحاس

TOT'HEMA



AMP BUV 10ML B20



6 118000 011712

SULPIDAL[®]

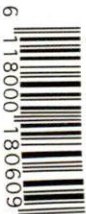
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

SULPIDAL[®]

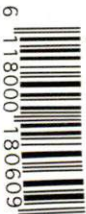
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

SULPIDAL[®]

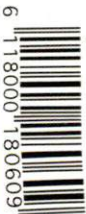
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

SULPIDAL[®]

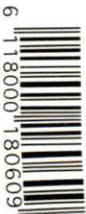
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

SULPIDAL[®]

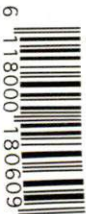
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

SULPIDAL[®]

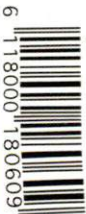
Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



PPV

LOT

PER

48.20

عن طريق النظم



ملغ

500

أفدوكس

سيبروفلو كساسين

10 أقراص ملبنسة

PPV

LOT

PER

5,10



موسفون

80 ملغ

فلوغوكلسنول

Musfon 80mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410256

ألم تشنجي في الأمعاء.
القنوات الصفراوية والمثانة البولية والرحم.

LOT: M0525
PER: 03/2024
PPV: 33,00DH

20 قرص متحلل
عن طريق الفم

Deva

ج. واجدي صيدلي مسؤول

حالات التعفن

20 أمبولة

بدون سكر

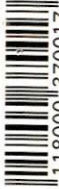
LOT: 0346
PER: 07 2024
PPV: 46.00DH

ستيمول

مالات الستيمولين

STIMOL®

20 ampoules buvables
de 10 ml



6 118000 370017