

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

- 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° W21-671557

par courriel

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03504

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMAN

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : RUE 528 N° 17 ERAC BOUAREAN AGADIR 120790

Tél. : 0666603194

Total des frais engagés : 120790 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Bouziane Quartini M.T
PNEUMO PTISIOLOGUE
Im. Achouk Rue de Marrakech
AGADIR - Tél: 05 29 84 42 42

Date de consultation : 04 FEB 2022

Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDERRAHMAN

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 : AGADIR

Le : 15/02/22

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
24/02/2022				INPE: 041038787

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BIDA, 100, Av. Imam Bouvier, Erac Bouargane, Agadir	24/02/2022	128,90

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
		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 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>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

Ex. Médecin Chef de l'Hôpital d'Inezgane
Spécialiste des Maladies
du Poumon - Tuberculose - Asthme
Allergies Respiratoires
Explorations Fonctionnelles

طبيب رئيس بمستشفى إنزكان سابقا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقية. مرض السمل. الحساسية التنفسية

INPE: 041038787

UR ELYAZI

Agadir, le :
Aderahne.

27 FEB. 2022

أكادير, في :

40,50

1) Tardyferon 800

1/1 h bndi

88,40

2) Zedryl 10mg (1/1 h 30)

1/1 h bndi
1/1 h bndi

128,90

الدكتور بوزيان وارتيني م
DOCTEUR BOUZIANE OUARITINI M.T
PNEUMOLOGUE
Imm. Achouk - 1^{er} Etage Rue de Marrakech (Q.I) - Agadir
AGADIR - Tél : 05 28 84 42 42

PHARMACIE
IMAM AL BOUKHARI
Dr. BIDAHA FATIMA ZAHRA
100 Av. Mohammed VI - Agadir
Tél : 05 28 82 14 65

Rendez-vous, le :

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

91484-05

88,40

Composition qualitative et quantitative : Fer 80.000 mg. Sous forme de sulfate ferreux déshéché. Excipient q.s.p. un comprimé pelliculé. **Indications thérapeutiques:** Ce médicament est un apport en fer. Il est préconisé dans l'anémie par carence en fer et pour prévenir cette carence pendant la grossesse lorsqu'un apport alimentaire en fer est insuffisant. **Mode et voie d'administration :** Avaler le comprimé entier avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. A prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation. Pas de précautions particulières de conservation.**

Tardyferon®
80 mg
Fer

تأثيره في
80 ملغ

30 comprimés pelliculés
عن طريق الفم
Voie orale

Distribué par / توزع
COOPER PHARMA / كوبر فارما
41, Rue Mohamed Diouri - 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
41, Rue Mohamed Diouri - 20 110 Casablanca
المستودع: أمانة الداودي

Pierre Fabre
Sous licence / تحت ترخيص
PIERRE FABRE MEDICAMENT
France

Medicament non soumis à prescription médicale
دواء غير خاضع لوصفة طبية

PPV : 40.50 DH



Tardyferon® 80 mg
30 comprimés pelliculés

319334

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

Fabreant / المصنع
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du lycée - 45500 Gien - France
بيتر فابر دواء للتصنيع
45500 - جين - فرنسا
سابع الترخيص