

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie

N° W21-669695
par courrier

124297

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3120		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : EL AMRAKJI-JAMAL RACHID	
Nom & Prénom : EL AMRAKJI-JAMAL RACHID			
Date de naissance : 28/07/1955			
Adresse : 110, GRAPPÉ 31 AMEUKIS MAFRAKECH			
Tél. : 06 61 18 71 65		Total des frais engagés : 1085,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-211/2019

Cadre réservé au Médecin	Docteur A. RAMI
Cardiologue et Néphrologue de la Faculté de Médecine de Lille - France	
Tél: 0528846335 / 0528821050	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 4/11/22	
Nom et prénom du malade : A. AMRANI Rachid Age: _____	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : HTA	
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 :** *6/07/2022*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE 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
11/11/2012	Cur Rec		300 DA	INP : 0911118637 Docteur A. RAMI Cardiologue et Néphrologue Faculté de Médecine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SYAHIA SIDI MOUSSA Marrakech - Tél: 021 52 52 40</i>	04.10.2022	780,40
		-

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	

BELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	$ \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>B H G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

Docteur A.RAMI

Ancien Attaché des Services de
Cardiologie et Néphrologie de C.H.U
de lille en france

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Diplômé des Etudes Spéciales de
Néphrologie

Diplômé de Médecine du Travail

الدكتور عبد الفتاح الرامي

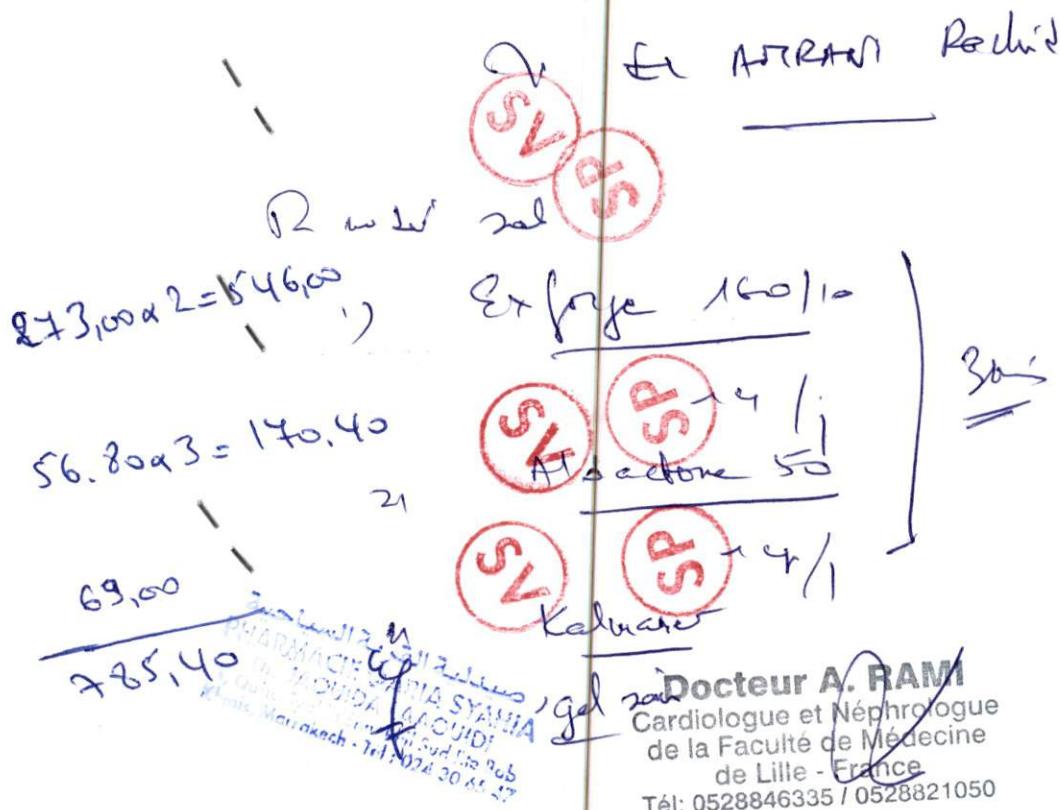
ملحق سابق بأقسام القلب و أمراض الكليتين
بالمركز الطبي الجامعي بليل في فرنسا

إخلاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

إخلاصي في أمراض الكليتين
إخلاصي في الطب المهني

Agadir, le

4 / 7 22 أكادير في



عمارة أرسلان زاوية زنقة مراكش و زنقة ماسة - أكادير - العنوان الإلكتروني: drrami@menara.ma

الهاتف: 05 28 82 62 06 الفاكس: 05 28 84 63 35 / 05 28 82 10 50

Imm Arsalane Angle Rue de Marrakech et Rue de Massa - AGADIR - E-mail: drrami@menara.ma

Tél.: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente 48 111 383 - IGR: 75 700 610

ICE: 001581578000092

LOT: 220344
DLUO: 05/2025
69,00DH



6118001C3060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH



6118001C3060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029