

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

- Reclamation : 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

M22- 0017863

126082

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 624 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MR. AIT M'HAMED AHMED
 Date de naissance : 12-03-1944
 Adresse : 44P ESSALAM RUE MOHAMED EL HAJI
 N° 61 CASA
 Tél. : 0634605386 Total des frais engagés : 1928,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. KHOUNFI Bahhal
 Médecin Générale
 100, Av. de la Palestine Dapudate
 Marrakech - Tél : 05 24 30 14 58
 Date de consultation : 15-6-22
 Nom et prénom du malade : AIT M'HAMED AHMED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP, Hypertension
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 15/06/22

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
15/6/22	C1	1	100DH	Dr. KHOUNE Benhai Médecine Générale 100, Av. de la Palestine Daudiate Marrakech - Tél : 05 24 30 14 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOHAMMADIA Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 30 28 78	15/6/2022	1828.60
		072043615

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
		AM	PC	IM	IV	

OST LP 10 mg
D'ALFUZOSINE

PPV : 147,50 DH

ation prolongée

ALFUZOSIN

PPV : 147,50 DH

on prolongée

UZOSINE

U 147.50 DH

ST LP 10 mg

UZOSINE

PPV 147.50 DH

prolongée

Voie orale

153,30

7033 13

153,30

07 51A



153,30

07 51A 10/24

nofast®

ositoires
ectale

14,50

63,20

63,20

63,20

63,20

153,30



LOT : 21E015
PER : 10/2024

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

00000000 00000000
35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)



153,30

153,30



Docteur Rahhal KHOUNFI

Médecine Générale
Echographie Clinique

Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier
Expert Agréé près des Tribunaux

د. رحال خنفي

الطب العام
عن بالأمواج ما فوق الصوتية

خريج كلية الطب بمونبيلي
خبير محلف لدى المحاكم

Marakech, Le 15/6/22 في مراكش.

Art M'hamed Ahmed

1, Ipruk 10 (AS) 144.50 x 4
590.00
2, Permixon 160 (AS) 153.30 x 6
919.80
3, Reloxol (AS) 37.00
4, Hemofit (AS) 14.50 x 4
14.50
5, Bynzee 10 (AS) 63.20 x 4
1828.60

4 mois
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBAGH A.
100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

Dr. KHOUNFI Rahhal
Médecine Générale
100, Av. de la Palestine Daoudiate
Marrakech - Tél : 05 24 30 14 68