

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

- 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 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° W21-729203

130782
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 70975

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL GUERGAAI KAMAL

Date de naissance : 29/07/1975

Adresse : Rabatville

Tél. : 066879488

Total des frais engagés : 728,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 AUG 2022

Nom et prénom du malade : Kamel EL GUERGAAI

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : DAKKUS

Le : 23/09/2022

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

INP : 01115243

الطبيب: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المستشفى: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

المرجع: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
------------------------------------	------	-----------------------

30/08/22

578,80

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
----------------	------------------	-------------

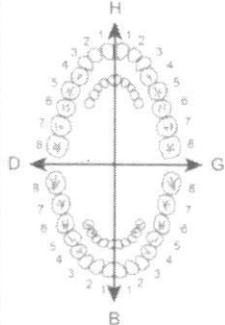
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

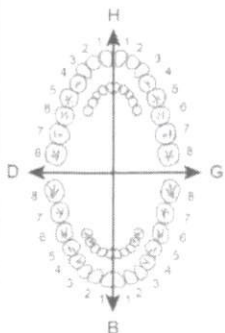
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Younesse SADIK

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de médecine
de Casablanca

Diplômé d'échographie générale
en France



الدكتور يونس صديق

الطب العام

الفحص بالأموح فوق الصوتية

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم الإيكوغرافيا بفرنسا

Dakhla le : 20.10.2022

ORDONNANCE

M^r EL GUERGAAI Kamel

222.00

98.80

100.00

79.00 x 2

T = 578.80

Augmentin 1g

1 sachet x 3 j

Neofortan 160

1 cp x 3 j

Enterogermina

1 ap x 3 j

ADDITIONNEL

2 cp x 3 j

NEOFORTAN[®] 160 mg

PPV 98DH80

EXP 05/2025

LOT 240373

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 n 5 ml
P.P.V 100.00 DH



PPC : 79DH00



01.2024
L 210052

Appt N° 4, N° 17 / 1105, Bd Massjid, Hay Massira, (sur Super Marche WANNY)

الشقة رقم 4، رقم 17 1105، شارع المسجد حي المسيرة الداخلة (فوق سوبرماركت وني)

الهاتف الثابت : 05 28 93 41 94 Fixe : 05 28 93 41 94 : المحمول 06 67 98 08 77 : GSM 011153343 INPE



1g/125 mg
 poudre pour suspension
 buvable en sachet



AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
 AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
 Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
 prendre de préférence au début des repas,
 pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH
 LOT: 648454
 PER: 10/23



Augmentin est une marque déposée
 des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline