

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° W21-626853

143781

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN ABDALLAH JAMAL
 Date de naissance : 25-04-1960
 Adresse : LOT EL ANAFA H312 DERWA
 Tél. : 0691510773 Total des frais engagés : 08000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohammed EL HEJJAM
 Spécialiste Gynécologue-obstétrique
 Cachet du médecin : 46, Lot Al Amal, Berrechid
 INPE 061011417
 Date de consultation : 24-12-2022
 Nom et prénom du malade : EL ABBOD HOUDA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection gynécologique
 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 : NOUASSER Le : 03/01/2023

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
24-12-22	2		300 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	189,00
	24/12/22	388,80

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
		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 : 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																

Dr Mohammed El hejjam

Spécialiste gynécologue accoucheur

Maladie du sein , infertilité du couple

Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام

اختصاصي امراض النساء و التوليد

امراض التدي , صعوبة الانجاب عند الزوجين

الفحص بالصدى , منظار الرحم و عنق الرحم



061011417

PRENOM

NOM

Handy
EL Abboud

DATE :

Age :

24/12/22

68,60x2

1 **Prolifen cp**

3 cp / j du 3ème au 7ème du cycle

56,20

2 **Estrofem**

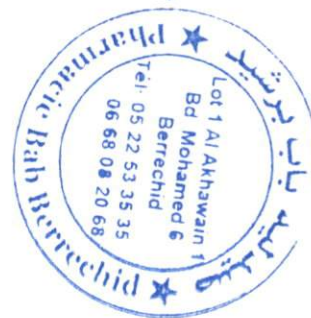
1 cp / j du 8ème au 12ème du cycle

264,-

3 **Ov-power**

1 cp / j pendant 3 mois

264,-



Signé : Dr M. : EL HEJJAM

Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste Gynécologue-obstétrique
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal

06 64 52 84 40

LOT 22001
PER 01/27
PPV 68DH60

PROLIFEN® 50 mg 
clomifène citrate
10 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240662

LOT 22001
PER 01/27
PPV 68DH60

PROLIFEN® 50 mg 
clomifène citrate
10 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240662

Estrofem® 2mg
Comprimés pelliculés
1 boîte de 28
PPV : 56DH20



6 118001 120147



OV-POWER

 30
Gélules



Scannez moi

LOT: 2206027
FAB: 06/2022
EXP: 06/2025
PUC: 264.00DH

Dr Mohammed El hejjam

Spécialiste gynécologue
accoucheur

Maladie du sein , infertilité du couple

Echographie , hysteroscopie , colposcopie

الدكتور محمد الحجام

اختصاصي امراض النساء و التوليد

امراض الثدي ، صعوبة الانجاب عند الزوجين

الفحص بالصدى ، منظار الرحم و عنق الرحم



061011417

PRENOM : HOUDA

Date : 24/12/2022

NOM : EL ABBOUD

Age :

51,40 x 2 = 102,80

① Spectra 250

1 1/2 x 2 1/2

21,00 x 2 = 42,00

② Nidaz 250

1 1/2 x 2 1/2

41,40

③ Levoflo 500



Dr Mohammed EL HEJJAM
Spécialiste-Gynécologue-obstétrique
46, Lot Al Amal, Berrechid
INPE 061011417

46 lot Al Amal

06 64 52 84 40

189,00

Spectrum® 250_{mg}
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081449

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

Spectrum® 250_{mg}
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081449

LOT 220865
EXP 06/2025
PPV 51.40DH

Nidazol 250 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 090465

LOT : 3431
UT. AV : 09-25
P. P. V : 21 DH 10

Nidazol 250 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 090465

LOT : 1972
UT. AV : 03-23
P. P. V : 21 DH 10

Pevagine® 150 mg
Boîte de 3 ovales



6 118000 090588

W4,30

