

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-569319

145360

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12634 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Z. RINEH HOUDA
 Date de naissance : 20/05/1987
 Adresse : Im 28, Apt 3, Lot Al Madinat, El Haffa 20240, Casablanca
 Tél. : 0662614320 Total des frais engagés : 3012,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2023
 Nom et prénom du malade : Zineh Houda Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ovarie polycystique
 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 : Casablanca

Le : 13 / 01 / 2023

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
13/10/22	C2 + echo	✓	500	INP : 091029512

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/22	2512,50

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 canalaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



DR. AMINE
LEMSEFFER

GYNECOLOGUE & OBSTETRICIEN

Suivi de grossesse • Accouchement • Infertilité du couple
Diagnostic antenatal • Echographie 3 et 4 D • Coeliochirurgie
Consultation et suivi en gynécologie • Chirurgie et maladie du sein
Chirurgie gynécologique • Dépistage des cancers gynécomammaire

مراقبة الحمل • الولادة • الفحص بالأشعة فوق الصوتية والموجات 3-4 D
عقم الزوجين • جراحة وأمراض النساء • أمراض الثدي • الفحص
بالمجهر الداخلي • الفحص المجهري لعنق الرحم

13/10/22
gg600x2 z rineh huda
- Gonat 2 tube de 300

1 inj' sc 1 j de 75 UI
a-20h,
x 5 jours

71,00
- 40 foluit 1/5

89,50
- D3 Norm

60,00x6 5 GHe/;

- Ferplex 1 amp. 1/5

T=2512,50

PHARMACIE HAY RAJA
Hicham ABOUTIKA
Docteur en Pharmacie
11 Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1er étage - Maârif - Casablanca

Tel: 05 22 65 84 49 / Urgence 06 61 07 73 35

11, Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1er étage - Maârif - Casablanca

11 زنقة أبو حيان التوحدي - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء

GYNECODYALI.COM

D3 NORM[®]

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot:

A consommer
avant le:

PPC : 89,50 D

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

60 UI/0,5 ml
2 microgrammes/0,5 ml)

injectable en stylo prérempli

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

prérempli multidoses
aiguilles pour l'injection

Distribué par
PROMOPHARM S.A
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV: 996 DH 00

MERCK

GONAL-^f 300 UI/0,5 ml (22 microgrammes/0,5 ml)

solution injectable en stylo prérempli

Follitropine alfa

Voie sous-cutanée

Distribué par
PROMOPHARM S.A
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV: 996 DH 00

- 1 stylo prérempli multidose
- 8 aiguilles pour l'injection

MERCK

Yofolvit[®]

IODE | ACIDE FOLIQUE | VITAMINE B12

200/400/2 µg

LOT: 15321006
PER: 06/2024
PEV: 71,00 DH



Voie orale

28 comprimés



DR. AMINE
LEMSEFFER
GYNECOLOGUE & OBSTETRICIEN

Suivi de grossesse • Accouchement • Infertilité du couple
Diagnostic antenatal • Echographie 3 et 4 D • Coeliochirurgie
Consultation et suivi en gynécologie • Chirurgie et maladie du sein
Chirurgie gynécologique • Dépistage des cancers gynécomammaire

مراقبة الحمل • الولادة • الفحص بالأشعة فوق الصوتية و الموجات 3-4 D
عقم الزوجين • جراحة و أمراض النساء • أمراض الثدي • الفحص
بالمجهر الداخلي • الفحص المجهرى لعنق الرحم

le 13 / 10 / 2022

ZRINEH Houda

Echo pelvienne

uterus N

Endometre 4 mm

Ovaire Dt 4,7 cm²

Ovaire Gche 3,9 cm²

DR. LEMSEFFER AMINE
Gynécologue - Obstétricien
11 Rue Abou Hayanne Attaouhidi - Maârif - Casablanca

Tel : 05 22 65 84 49 / Urgence 06 61 07 73 35

11, Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1er étage - Maârif - Casablanca

11 زقة أبو حيان التوحدي - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء

GYNECODYALI.COM



DR. AMINE
LEMSEFFER

GYNECOLOGUE & OBSTETRICIEN

Suivi de grossesse • Accouchement • Infertilité du couple
Diagnostic antenatal • Echographie 3 et 4 D • Coeliochirurgie
Consultation et suivi en gynécologie • Chirurgie et maladie du sein
Chirurgie gynécologique • Dépistage des cancers gynécomammaire

مراقبة الحمل • الولادة • الفحص بالأمواج فوق الصوتية والموجات 3-4 D
عقم الزوجين • جراحة وأمراض النساء • أمراض الثدي • الفحص
بالمجهر الداخلي • الفحص المجهرى لعنق الرحم

le 13/10/22

ERINEH Houda

Facture

C₂ 250

echo 250

Total 500,

dhs

Dr. LEMSEFFER AMINE
Gynécologue & Obstétricien
11 Rue Abou Hayanne 1^{er} Etg
Maarif - Casablanca

Tel : 05 22 65 84 49 / Urgence 06 61 07 73 35

11, Rue Abou Hayanne Attaouhidi - 1^{er} étage - Maârif - Casablanca

11 زقة أبو حيان التوحيدي - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء

GYNECODYALI.COM

