

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 canalaires, 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 canalaires.

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

M22- 0037783

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03611 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BASIME AHMED
 Date de naissance : 25-11-1962
 Adresse : Résidence AL WAHDA, B9 Mod 5 BERRÉCHID
 Tél. : 06 62 62 3747 Total des frais engagés : 542,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21 / 01 / 2023
 Nom et prénom du malade : BASIME Ahmed Age : 60 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique et dégénérative
 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 : BERRÉCHID Le : 28 / 02 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
21/01/23			180,00	
27/01/23			210,60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/23	181,40
	27/01/23	210,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

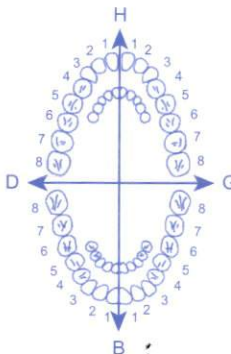
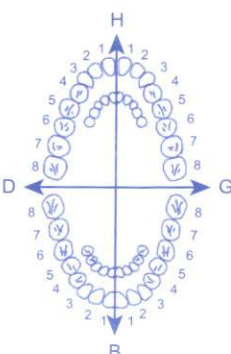
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Amina JAMI

Médecine Générale

Echographie

ECG

DU de Gynécologie,

Infertilité et suivie de Grossesse

de L'université de Bordeaux



الدكتورة أمينة جامي

PPV	
LOT	28,30
PER	

PPV	28,80
LOT	
PER	

Berrch

PPV	28,80
LOT	
PER	

ORDONNANCE

Patient : BASSIME AHMED

2380^{x3} VITANEVRIL FORT COMPRIME DRAGEIFIE

- 1 comprimé, 3 fois / jour

86,40 FIBOCARE

95,00 - 1 càs, 2 fois / jour (1 cas dans 240ml d'eau)

181140

الدكتورة أمينة جامي
Dr JAMI Amina
Médecine Générale
Lot Al Youssoufi, Rue Al Morisawania N° 18
1^{er} Etage - Berrch - 33000 (à côté Laboratoire Sekkat)
Tél : 05 22 51 69 40

Cipta Maroc
BF 4491-11850
Oum Azza, Ain Abouda
PPC : 95,00 DH

PHARMACIE NAJAH SANTE
BOUKENTER NAJAH
156 Bd Mohammed V
Berrch
GSM : 05 22 33 74 04

Prochain RDV le :

الموعد القادم :

حي اليسر 2، شارع المقاومة رقم 149 الطابق الاول برشيد (امام مختبر التحاليل السقاط)
الهاتف : 05 22 51 69 40

Dr Amina JAMI

Médecine Générale

Echographie

ECG

DU de Gynécologie,

Infertilité et suivie de Grossesse

de l'université de Bordeaux



الدكتورة أمينة جامي

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

دبلوم أمراض النساء،

العقم ومتابعة الحمل

من جامعة بوردو فرنسا

Berrchid Le, 27/01/2023

ORDONNANCE

Patient : BASSIME AHMED

4590 TRIMEDAT SACHETS À 150 MG (1 BOITE 20 SACHET

- 1 sachet, 3 fois / jour

9890 - GAVISCON SUSPENSION BUVABLE

- 1 sachet, 3 fois / jour

3290 x2 - DOGMATIL GELULE À 50 MG

- 1 gélule, 2 fois / jour, pendant 1 mois,

21060

LOT : 7013
UT. AV 02-26
P.P.V : 45 DH 90

98,90
AEB978
10/2024

LOT : 22E004
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90



LOT : 22E003
Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90



الدكتورة أمينة جامي
Dr Amina Jami
Médecine Générale
101 rue de la République
33000 Bordeaux
Tél : 05 56 22 51 69
Fax : 05 56 22 51 69

PHARMACIEN AJALIA
BOUKENTERNA
Tél : 05 56 22 51 69
Fax : 05 56 22 51 69

Prochain RDV le :

الموعد القادم :

حي اليسر 2، شارع المقاومة رقم 149 الطابق الاول برشيد (أمام مختبر التحاليل السقاط)
Tél : 05 22 51 69 40 :الهاتف