

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° P19- 048062

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **153105** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1146** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **RETRAITE**
 Nom & Prénom : **OUHMI MOHA**
 Date de naissance : **1.11.1948**
 Adresse :
 Tél. : **0611.892751** Total des frais engagés : **750170** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRACHID
Tél.: 0522 33 65 99

Date de consultation : **07.02.23**
 Nom et prénom du malade : **OUHMI Mouha** Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **sd grippal + Bronchite**
 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 : **Be** Le : **07/02/23**
 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
07/02/23	1C	21	150,07	
08/02/23	Contrôle	-	→	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/23	315,3
	07/02/23	295,70

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
		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 :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سميرة الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le :

04/02/23

برشيد، في :

OLHMI Mouha

PPV: 40DH00
PER: 12/25
LOT: L3936

1) Colipred 20mg cp

3 cp/j le matin à jeun

2) Efloxiu 500 cp

1 cp/j le matin, après

3) Macromax 500 cp

1/2 cp/j à midi, après

4) Vogaline sirop.

1 cals x 3 j, 1/4 h avant.

5) Dolostop 100 cp

1 cp x 2 j

6) Weez C+zinc cp

1 cp/j le matin

17, Bd de Marrakech, Hay Kadir
Berrechid - Tél. : 05 22 33 65 99

17, شارع مراكش، حي الكادري
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

Lot :

LOT : 220589

PPV :

EXP : 05/2027

Exp :

PPV : 95,00DH

Lot :

EXP :

PPV (DH):



Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 4217

PER : 10-25

P.P.V : 10 DH 60

LOT N° :

UT. AV : 21637 08/23
59,00

PPC (DH) :

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 20/02/23 برشيد

OULTMI Mouha

EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 19DH20
LOT : 22E020
PER : 11/2024
118000 010678

82.10

1) Olediz 20 gel (B.T4)

1970 1 gel le matin à

2) Apazide 200 gel

2 - 0 - 2

1920

3) Eucalyphine le brun sirop
1 ca's x 3 fois avant.

109.10

4) Budena spray & pulv / parine
le matin.

1520

5) Ventoline aerosol

1 bfe x 3 fois

4 = 315,30

13, Bd de Marrakech, Hay kadiri
Berrechid Tél : 05 22 33 65 99

13, شارع مراکش
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

Lot
EXP
PPV

9 P 7 E
07 2024
45,30 DH

OLEDIZ® 20 mg comprimés gastro-résistants Boîte de 14
PPV: 82 DH 10

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/02



Lot N°:
FAB:
EXP:

066R039A
11/2021
11/2023

PPV:149DH00