

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° W21-776279

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12936 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 968974 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : LAAMOURI MAROUANE

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémorroïdes

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 : CASA Le : 24/03/2023

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
02/03/23			300M 200M 400M	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/03/23

164.80

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

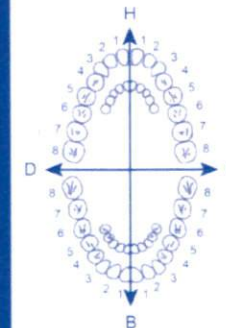
SOINS DENTAIRES

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
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

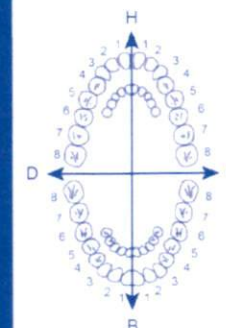
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Fole, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale



أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد , المعدة , الأمعاء , البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة الخرج (تولوز)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة الخرج

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالمجهر الداخلي للمعدة و الأمعاء

• الكشف بالأشعة فوق الصوتية

Casablanca le :

22/03/2023

N° LAA n° 21
N° ARO n° 21

LOT 223151 | 1
EXP 10 2025
PPV 60.00

60,00 ① Nidivine 600
2 y = 2/7/8

19,60 ② Hemofast 2 y
14,50 2 y = 2/7/8

34,00 ③ Foslan 2 y
2 y = 2/7/8

36,70 ④ Digihoney 2 y
2 y = 2/7/8

PHARMACIE AHMED ALI
SARLAU
DR EL JOURAÏDI
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 97 32 16
GSM : 06 61 60 54 68

164,80

Hemofast®
Pommade

14,50

PPV
34DH00

36,70

📍 شارع أبو بكر القادري , إقامة أحفاد عمارة E رقم 1 سيدي معروف - الطابق الأول - البيضاء.

📍 Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.

☎ 0522 97 52 74 ☎ 0661 36 32 13

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد , المعدة , الأمعاء , البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة الخرج (تولوز)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة الخرج

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالجهاز الداخلي للمعدة والأمعاء

• الكشف بالأمواج فوق الصوتية



Casablanca le :

22/03/2023

Dr. Mohamed DERNAOUI

Dr. Mohamed DERNAOUI

Age: 33 ans.

Amesour

Rc: pathologie & Recknberg

Amesour

→ Injection: MB

→ TR: MB

→ Amesour: plt for and
Hemorrhoid D-M

C - plt for
Amesour

شارع أبو بكر القادري , إقامة أحفاد عمارة E رقم 1 سيدي معروف - الطابق الأول - البيضاء.

• Avenue Abou Bakr EL Kadiri, Résidence AHFAD, Imm. E, N°1, Sidi Maârouf.

☎ 0522 97 52 74 ☎ 0661 36 32 13