

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 065577

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUKRY REDOUANE
 Date de naissance : 11/04/1953
 Adresse : 105-42 Coopération Chhabab
 Berrechid.
 Tél. : 06 77 94 56 63 Total des frais engagés : 659,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/05/2023
 Nom et prénom du malade : CHOUKRY REDOUANE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP
 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 : Berrechid Le : / /

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
06/05/23	Cs	Cs	200	Dr. Ezzamel Chirurgien Urologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Moaqib Ried Dr. Sihem TAMIR N°: 1-2 Mosquée Ried Ried (A côté du Stade Sportif) Berrachid Tél/Fax: 05 22 33 08 22	06/05/23	459,90
---	----------	--------

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV

Permixon 160 mg
BOÎTE DE 30 GÉLULES

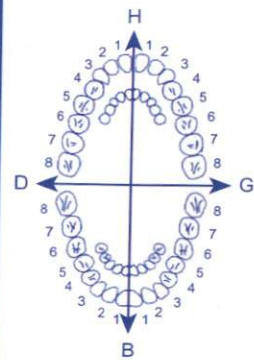
PP 153,30
261W2 07/25

Permixon 160 mg
BOÎTE DE 30 GÉLULES

PP 153,30
261W2 07/25

Permixon 160 mg
BOÎTE DE 30 GÉLULES

153,30
261W2 07/25

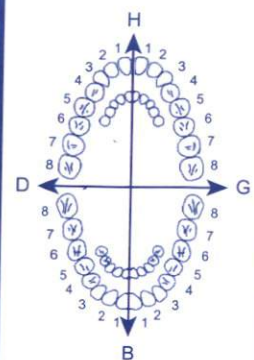


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles . Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقبحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول اللاإرادي

- حالات وجود الدم في البول

- الام واورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 06/05/2023

M. CHOUKRY REDOUANE

153,30

Permiton  x 1/0 3 mois -

154,50

Pharmacie Moaghaie Flied
Dr. Siham TAMIN
N° 1-2 Moaghaie Flied
Tél: 05 22 03 05 35

الدكتور الزايدى نبيل
أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية
Chirurgien Urologue Andrologue
20 شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
برشيد . الحاف : 05 22 03 05 35

40, شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجزئة تيسير 2 - برشيد . الحاف : 05 22 03 05 35