

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

M22- 0058197

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003282 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENJELLOUN MED NADJIB
 Date de naissance : 10-06-1956
 Adresse : 09 Rue TAHADHOUCHE CASABLANCA
 Tél. : 0663091714 Total des frais engagés : 445,80 DHS

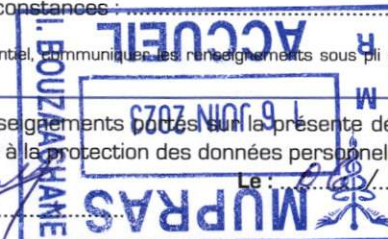
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur Mohssine GHIFR
 Dermato - Vénérologue
 Angle Av. Oqba, Rue Oum Raba
 Agdal - Rabat
 Tél. : 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72
 Date de consultation : 10/04/2023
 Nom et prénom du malade : MOUFI D Youssef Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ecoulement de sang
 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 : CASABLANCA Le : 06/06/2023
 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
10 du 2.13	Cs	cin	300 DH	 Docteur M. Messine Dermato - Ophtha - Agdal - Rabat Tél: 05 37 77 00 72 / 05 37 77 00 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 27, Rue Gauthier - Casablanca Tél: 05 22 26 42 12 INPE-092028802	10/04/13	145,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

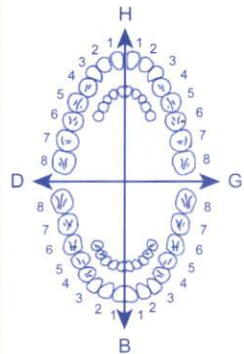
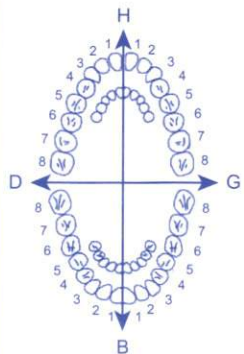
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohssine Ghfir

Ancien spécialiste en Dermatologie à l'Hôpital

Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat

Dermatologue - Vénérologue

(Femmes - Hommes - Enfants)

Spécialiste des maladies de la peau, des cheveux, des ongles

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles

Chirurgie dermatologique

الدكتور محسن غفير

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

أخصائي في الأمراض الجلدية و التناسلية

(نساء، رجال، أطفال)

أخصائي في أمراض الجلد و الشعر و الأظافر

أخصائي في الأمراض المنقولة جنسيا و جراحة الجلد

الرباط، في 10.04.2023

70,40 x 1 Mu Youssa MOUAD

1. Mynazol 150 (boite de 4)

Une gélule par semaine pendant 04 semaines

27,40 x 1

2. Dereoval crème

chaque soir (15 jours)
ou 02 fois par semaine (1 mois)

58,00 x 1

3. Omfine crème

chaque soir entre 1 et 2 semaines

T: 245,80

Lot N° :

Exp :

PPV :

70,40

concernée, suivie d'un massage léger.

تدليك خفيف

LOT : 06

PER : JUN 2025

PPV : 58 DM 00

Docteur Mohssine Ghfir
Dermato - Vénérologue
Angle Avenue Oqba et Rue Oum RABIE

Pharmacie FOUCAULD
Angle Avenue Oqba et Rue Oum RABIE
Rég. Min. 064212

ملتقى شارع عقبة و زنقة أم الربيع إقامة أركانة رقم 8 الطابق الثاني - أكادال الرباط أمام صيدلية عقبة الهاتف : 05 37 77 00 72 - النفاذ : 06 52 74 74 76

Angle Avenue OQBA et Rue Oum RABIE, Résidence Argana, Apt 8, 2ème étage - Agdal - Rabat (devant la Pharmacie Oqba)

Tél : 05 37 77 00 72 - Gsm : 06 52 74 74 76 - E-mail : mgghfir@hotmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH

ID: 650268



6 118000 161295