

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-005695 16889/1

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENABDALIAN JAMAL
Date de naissance : 25.04.1960
Adresse : LOT EL OUAFA H 312 DEROUA
BERRECHID
Tél : 0691510723 Total des frais engagés : 645,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.07.23
Nom et prénom du malade : EL ABBOD Hmdo Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cervicale
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 : Boud 23 Le 12/07/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE EL OUMOUA 244 lotissement el wafaa Deroua</p> <p>Fix : 05.22.53.20.54</p>	12/07/23	345,80

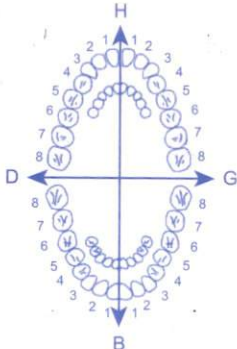
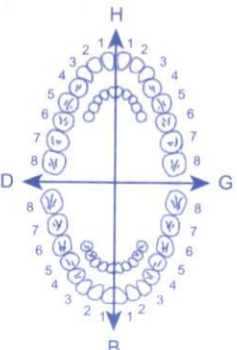
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAHIRI

Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Chirurgie Coelioscopique
de l'Université Clermont Ferrand
Master en Echographie Foetale
Diplômée de l'Université Paris 5 Necker

Accouchement - Chirurgie Gynécologique
et Mammaire - Stérilité du Couple
Hystérocopie - Colposcopie

الدكتورة منى طاهري
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط
خريجة جامعة كليرمون فيراند
في الجراحة بالمنظار
ماستر في الموجات فوق الصوتية الجنينية
خريجة جامعة باريس 5 نيكير

الحمل - التوليد - جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي
الجراحة بالمنظار الداخلي - الكشف بالصدى الصوتي
التنظير الباطني لعنق الرحم - وجوف الرحم - عقم الزوجين

Berrechid le

Nom et Prénom :

12/07/23
F EL ABOND - Hondo

180,00

lefic 200mg

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

49,50

Candidox

TV x 21; (18)

58,30

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

38,00

Nylofen

2 x 21; (18)

305,80



061176772

إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B زاوية يعقوب المنصور وشارع محمد الخامس الطابق 1 الرقم 2 (قرب مختبر التحاليل ابن سينا) - برشيد
Résidence Haj Ahmed Berrechid . Entrée B Angle Rue Yaacoub El Mansour Et Av. Mohammed V
1er Etage Appt n°2 - (Acôté du Laboratoire d'Analyses Ibn-Sina) - Berrechid
تبريد الإلكتروني : m.mounatahiri@gmail.com : الهاتف : 05 22 32 56 06 - 06 61 33 32 12
I.F. : 18814962 - Patente : 40700315 - ICE : 001764197000034

LOT : 1678
PER : 01 - 25
P.P.V : 58 DH 30

LOT : 22179 2 1
EXP : 06 24
PPV 170.00 DH

N° AMM :
243/16 DMP/21/NRQ

LOT : 08122009
PER : 06/2024
PPV : 38,00 DH

MYCOLERME® 150 mg
3 ovules



Lot: 23003
À utiliser de
préférence avant le: voir Etiquette flacon
PPC: 79,50 DH