

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

M23-0029862

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0964

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN SOLTANA MILAUD

Date de naissance : 09/02

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0661832803 Total des frais engagés : 905,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/03/2024

Nom et prénom du malade : Ben Soltana Milaud

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casa

Le : 12/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
12/03/2024	Consultation	3	900 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Médecin ou du Pharmacie	Date	Montant
PHARMACIE YAFIF Dr. Amal EL Khabrou Imm 52, Bd M'Barek Ben Boukher Hammadi - Bernoussi - Casablanca Tél: 05.22.73.94.44	12/3/24	605,00

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

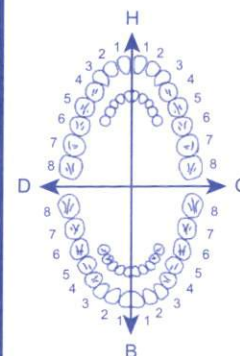
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le plan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

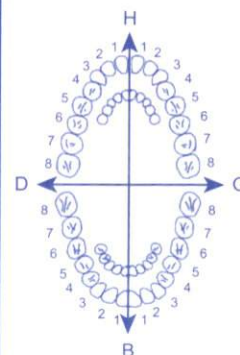
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Youssef JARMOUNE

Cardiologie Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Echocardiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

الدكتور جرمون يوسف

طب القلب الكبار - الأطفال

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق بمسشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى بيوردو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم ETO - الجمعية الأمريكية لتخطيط صدى القلب

12 mars 2024

Mr. BENSOLTANA MILOUD

ALDACTONE 50 mg

1/2cp le matin 2 mois

CARDENSIEL 2.5

1/2 CP LE MATIN 03 MOIS

AUGMENTIN 1G

1SACHET X3/ JOUR 06 JOURS

SOLUPRED 20MG

3CP LE MATIN 03 JOURS

ALDACTONE® 50mg

P.P.V: 56,80 DH



Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Dr. Y. JARMOUNE

184, Angle 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla
 Tél.: 05.22.82.0220 - Casablanca
 ICE: 001622469999

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachetsAUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachetsAUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets

1. REGIME PAUVRE EN SUCRE ET GR.
2. RICHE EN FRUITS ET LEGUMES - F POISSONS BLANC.
3. MARCHÉ 30 MIN PAR JOUR +++
4. REDCTION DU POIDS IMC ENTRE 20 ET 25 KG/M²

EFFIPRED®
20 mg

✉ jarmounyoussef@gmail.com | ☎ 05.22.82.0220 /

📍 184, Angle BD 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla Casablanca.

184, زاوية شارع 2 مارس و شارع الفداء، إقامة LA PERLA الدار البيضاء.