

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° P19-0032048

ND: 35999

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2136 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEWTOUF ABDELHAIC

Date de naissance : 1855

Adresse : TANGER

Tél. : 06 6628 9554 Total des frais engagés : 1507.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : CHEWTOUF OUMAIMA Age: 18 ans

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

Nature de la maladie : Ane

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 : TANGER Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-032048

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2136

Nom de l'adhérent(e) : CHEWTOUF

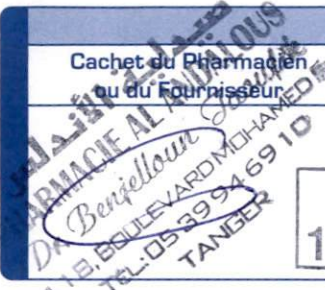
Total des frais engagés : 1507.70

Date de dépôt :

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
16.06.20			25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/20	1257,70
<div>INP</div> <div>162 003 636</div>		

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	

VOLET ADHERENT

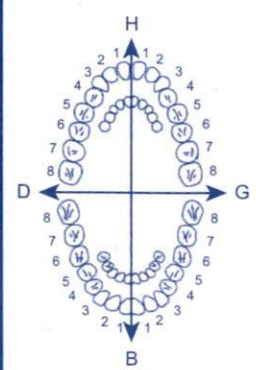
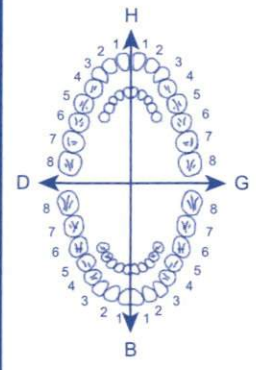
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> <div>  </div>	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

CABINET DE DERMATOLOGIE

DR HAFSAE BOUNNIYT

Traitement Médical et Chirurgical des maladies
de la Peau, Ongle, Cheveux
et des Maladies sexuellement transmissibles.

Dermoscopie

Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique et Lasers



عيادة الأمراض الجلدية

د. حفصاء بونيت

علاج وجراحة أمراض الجلد، الشعر والأظافر

علاج الأمراض المنقولة جنسيا

التشخيص بالمجهر الجلدي

علاج الأمراض الجلدية عند الأطفال

طب التجميل والليزر

Ordonnance

Tanger Le : 16/6/2020

245.60 Nom : Demouma cheu faf :

1L Normo  Gel nelt agout

146.60  matin - soir

2/- Epilus  Gel 
me opp / soir

157.00  Hydro  (3 mois)
3- PhysAC  Hydro  crème 
1x / 16  le usap  (3 mois)

13, Tanger Office Building Center, Rue Fès, 2^{ème} étage, Tanger
13, عمارة مكاتب طنجة، شارع فاس، الطابق 2، طنجة

05 39 32 57 66 cabinet.dr.bounniyt@gmail.com

3/- Istouy 100 mg

$22,00 \times 9$

198,00

1 cp/soir (3 fois)
الليل



4/- Permethrin spray

315,50

1 x/soir sur le dos
الليل



5/- Sebiodor 200

195,00

1257,70

8750



صيدلية الأندلس
الصيدلية الأممية الجديدة
Dr. Hafsae Bounniyt
Pharmatologue
13, Tanger Place Bounniyt, Tanger

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Bengelloun Taoufik
18, BOULEVARD MOHAMED 5
TEL: 05 39 94 69 10
TANGER

BATCH / LOT:
EXP / CAD:

19 F 160
06 / 2022

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

LOT:

PER:

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura



6 118001 071692

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

22.00

LOT:

PER:

PPV:

LOT:

PER:

22.00

22.00