

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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- 058444

ND: 45789

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0689629854

Total des frais engagés : 100,00 + 260,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAKIB Brahim
Médecine Générale
Avenue Hassan II ADOULOUZ
GSM: 06 93 16 00 00

Date de consultation : 29/10/2020

Nom et prénom du malade : Brahim AIT MERIM

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Sd. appel

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
29.10.20			100 dh	

Dr. Lotfi Abdelfattah
Médecine Dentaire
Avenue Hassan II - AOULOZ
GSM: 09 93 16 09 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL Dr. LOTFI Abdelfattah N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ Province TAROUANT Tel : 05 28 53 93 29	29.10.20	260,20 dh

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

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Chakib Braim

Médecine Générale



Diplômé de la Faculté de médecine de Marrakech
Ex Médecin interne à l'hôpital Hassan II à Agadir

Médecin agréée par le Ministère de la santé
pour l'obtention et le renouvellement
du permis de conduire

Diplôme d'Echographie générale en France

Suivi de grossesse

ECG

Circumcision

Aoulouz, Le 29/10/2020 Age : 28

ORDONNANCE

Mr - Mme - Mlle: Ait Maïm Brahmin TA : 13/8 P :

الدكتور. شكيب أبراهيم

الطب العام

خريج كلية الطب بمراكش

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الحسن الثاني أكادير

طبيب معتمد لدى وزارة الصحة للفحص الطبي

لنيل وتجديد رخصة السياقة

شهادة جامعية لمعالجة داء السكري بفرنسا

شهادة جامعية للفحص بالصدى الصوتي بفرنسا

متابعة الحمل

الفحص بالأشعة الراديو

التخطيط الكهربائي للقلب

ختان الأطفال بالموعد

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah

N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TAROUDANT

Tél : 05 28 53 93 29

I medication

ph + 14

Broncho pleur en:

1-120

Dolip 750 mg

Vite 100 mg

1800 mg

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TAROUDANT
Tél : 05 28 53 93 29

4110
1400x3
1530
79.70
1.

PHARMACIE DE L'HOPITAL
Dr. LOTFI Abdelfattah
N° 02, Bd. Hassan II - AOULOZ
Province TAROUDANT
Tél : 05 28 53 93 29

Dr. Chakib Braim
Médecin Général
Av. Hass.

شارع الحسن الثاني مركز أولوز Avenue Hassan II Centre Aoulouz

المحمول: GSM: 06 93 16 69 00 - الهاتف: 05 28 53 96 47

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeyr benou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR


Bolte 14

640750MP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH

6 118001 020591

bronchokod

sans sucre

bronchokod 5 g/100 ml 
sans sucre
adultes
solution buvable - 300 ml



6 118000 140122

LOT:1118


PER:12/21

P P V:41.10 DH

PPV:14DH00

PER:09/23

LOT:J2027

Doliprane® 1000 mg 

PARACÉTAMOL
10 Comprimés




6 118000 040972

PPV:14DH00

PER:09/23

LOT:J2027

Doliprane® 1000 mg 

PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

PPV:14DH00

PER:03/23


LOT:J875

Doliprane® 1000 mg 

PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

Vita C1000® 

10 Comprimés effervescents



6 118000 082069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 08031 12

PPV : 79DH70

PER : 04/23

LOT : J1037

Azix® 500 mg 

Azithromycine
3 Comprimés sécables



6 118000 040941