

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

N° W19-592976

55579

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22327 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NDAGHRI FILAL MOUIN
 Date de naissance : 02/05/1985
 Adresse : Res AC FIA D'OUS GHASAYY APPRE
 Tél. : 066208777X Total des frais engagés : 687 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2024
 Nom et prénom du malade : NDAGHRI FILAL MOUIN Age : 39
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Entant
 Nature de la maladie : Fileur
 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 : 19/06/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-592976

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 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
29/12/2020		3	250	Dr. Youssef El Mami Rue Mustapha Kasabla CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2020	437,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Docteur YSSEF Boujemaa

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرنويل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190. زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10 } هاتف العيادة
 { 05 22 22 01 46 }
 { 05 22 22 21 48 }

GSM : 06 68 79 27 94 المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 29.12.2020 في الدار البيضاء

MDAGHRI FILALI, RAYAN

28.40

Apiretil snop

n° 159 64 s' 00 7 38

366.00

varinax

16.60

loapax come

1 fig.

PHARMACIE QUINTEPABH
49, Boulevard Oujda Casablanca 20154
CASABLANCA • Tél: 05 22 90 88 72 • Fax: 05 22 90 12 64

HORAIRE CONTINU توقيت مستمر
FERMÉ MARDI ET JEUDI APRÈS MIDI

28.00 l'acide coque

à la dose de 1g

15

437.00

السيد يوسف بوجمعة
Docteur YSSEF Boujemaa
~~FEDIA~~
Rue Mustapha El Maani
190, CASABLANCA

PHARMACIE EL HABIB

49, Boulevard Mohammed VI, EL OUGHA
CASABLANCA - Tel: 05 22 80 88 72 - Fax: 05 22 80 12 66

VARIVAX®
poudre et solvant pour suspension injectable,
flacon unitaire (0.5ml après reconstitution) Boite unitaire
P.P.V: 364.00 DH
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

LOCAPRED 0,1%
REME T15G

LOT : 20E021
PER.: 08 2022

LOCAPRED 0,1%
Crème
Tube de 15g

P.V : 16DH60

15g
TUBE



Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Tenir hors de la portée et de

VARIVAX®

(Virus de la varicelle viv
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de
un flacon unidose 0,7 ml de solv
reconstitution.

ل ومراى الاطفال

MD AGC



VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué)

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour

التي أو كا / ميرك

محقق اللقاح وقرور ذات جرعة واحدة (0,7) من ملطف لإعادة التشكيل

COOPER
PHARMIA

coccipin®
Acide fusidique

Crème

Tube de

15g

2%
Voie cutanée

LOT : 200385
PER : 04/23
PPV : 28,00DH

APIRETIL[®]

Paracétamol

100 mg/ml

60 ml solution orale

Voie orale

25,40