

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

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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 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



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

N° W21-773154

152892

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12289 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKARI Med Karim

Date de naissance : 18 Nov 81

Adresse : 86 Rue Jbel Aggar F7 du Soud

Tél : 0661630388 Total des frais engagés : 300 + 648,1

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : BENKARI Med Karim Age : 5

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

Nature de la maladie : Vaccin

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 13 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/01/2023 | | 1 | 300 | INP: 0910141228 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|--|--------|-----------------------|
| PHARMACIE OULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06 | 9/2/23 | 648,10 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------|--|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Fatine LASRY

Professeur en Pédiatrie
Spécialiste des Maladies de Nouveau-né
Nourrisson et de l'enfant
Néphrologie pédiatrique



091034728

PHARMACIE CULMES CASA

S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandia - Youssef, le : 09.02.2023

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

Enfant BEKKARI Malik

Age : 5 ans 1 mois

Poids : 16,50 Kg

1- FAZOL CREME

23,50 x 4 1 zpp 2 fois par j pdt 10 j

2- AZOL suspension (4 flacons) ✓

21,30 x 3 1 flacon par enfant à renouveler 15 j après

3- AZOL CP (3 boites) ✓

84,20 1 cp par adulte

4- KETODERM MONODOSE ✓

33,20 1 s 2 fois par semaine

5- ADACEL ✓

1 dose

6- D-CURE 100000 ✓

1 dose / unique



maphar

Bd Alkimia N° 6, QI, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc

KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V. : 84 DH20



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

ADACEL POLIO SUSP INJ

B1 SER

P.P.V. : 332,00 DH



Dr. LASRY Fatine
Pédiatrie Générale - Néphrologie
6, Avenue Ain Taoujtate, 4e Etage
Angle Bd Ghandia - Youssef - Casablanca

NPE 091034728 / Patente 35691322 / CNSS 4259306 / IF 15218001 / ICE 001918488000085

6, Bd. Ain Taoujtate - 4^{ème} étage - Bourgogne - Casablanca

Tél.: 0522 20 20 93 - Gsm : 0661 45 35 35 - E-mail : lasryfatine@hotmail.com

Site web : www.lasry-fatine.com

AZOLE[®] 400 mg

Albendazole

1 comprimé enrobé

Voie orale

50

21,30



AZOLE[®] 400 mg

Albendazole

1 comprimé enrobé

Voie orale

50

21,30



PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholestérol 100 000 UI
Vitamine D3



maroc
ERGONOMY

Importé par :

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB

Composition :
Principe actif :

AZOLE AZOLE

Albendazole Albendazole 4%

Flacon de 10 Flacon de 10

Voie

Voie o

23,50

23,50



AZOLE ZOLE

Albendazole 4% bendazole 4%

Flacon de 10 ml Flacon de 10 ml

Voie orale

Voie orale

23,50

23,50