

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° W21-829569

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12610 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENHAMZA Samy Amine 09783
 Date de naissance : 26-03-86
 Adresse : Harhoura
 Tél. : 0661250076 Total des frais engagés : 914,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed Elly Chertif
 Médecin Généraliste
 N° 28, 1er étage, Av. Med Zarkouni
 Hay Nahda - Témara
 Tél. : 0537 80 79 64 GSM : 0668 43 38 21
 Date de consultation : 05/01/2024
 Nom et prénom du malade : BENHAMZA Samy Amine Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : 21/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/14	744,80

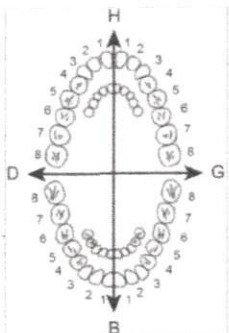
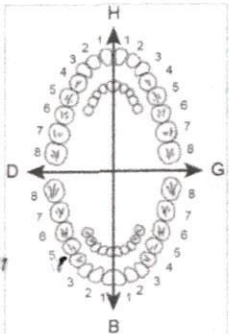
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

رقم الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64
N°28 1^{er} étage Av. Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
GSM : 06 68 43 38 21 / 06 61 16 17 69 : المتنقل ICE : 001613243000095

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام



PPV: 138,30 DH
LOT: 650873
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 651259
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

COOPER
PHARMA

DEPUIS 1933

41, Rue Med Diouri 20 110

Casablanca, Maroc

41 Rue محمد السادس 20 110

الدار البيضاء، المغرب

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI

المسئول: أمينة الداودي

Sous licence des laboratoires

FIDIA.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar.

Boulevard Alkimia N°6,

01-Sidi Bernoussi, Casablanca.

Surgam 200mg



**احترم الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance
Tableau C (liste II)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية
جدول C (لائحة II)

Soyez prudent

Ne pas conduire sans

avoir lu la notice

كوبوا على حذر

1 المستوي 1 لا تقدموا على القيادة

قبل قراءة النشرة



LOT :23E004
PER:02 2026

**SURGAM 200MG
CP SEC B20**

P.P.V :55DH40





PEV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2185

Doliprane[®]

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523011
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523011
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523011
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523011
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA