

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 rééducation.
- 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 Fakhir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 43 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° W19-576419

N° 42664

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4633

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom

NHAMOUCHA / AMAL

Date de naissance :

14/11/51

Adresse :

48 AV HASSAN II IN FES

Tél. :

0650888544

Total des frais engagés :

958,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur BURG Annie
Médecine Générale
13, Rue Imam Ali (V.N)-FES
Tél.: 05.35.65.06.47

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10 / 07 / 2020

Nom et prénom du malade

NHAMOUCHA RANIA

Age : **60 ans**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie

hypertension artérielle + hypodéchole

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 :

FES

Le :

06 OCT 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

ACCUEIL

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
10/07/2020	C		150 Dh	INP : 141039347
				Docteur BURD Annie Médecine Générale 13, Rue Imam EL YANEFES Tél: 05 35.65.06.47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARL (AU) Dr. HASSAN EL YANEFES 13, Rue Imam EL YANEFES Tél: 05 35.65.06.47 INPE : 142083500	10/07/2020	808,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

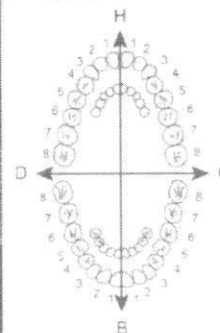
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

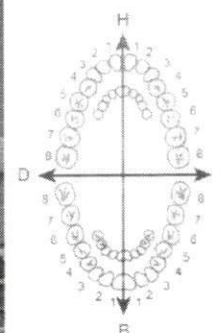
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 BURG Annie

Médecine Générale

Ancien Médecin des Services
de Médecine Générale C. H. de Fès

13, Rue Imam Ali, 1er Etage (N°N) - FES

☎ C.: 05.35.65.06.47

الدكتورة بورك أني

الطب العام

طبيبة سابقة بأقسام الطب العام
بالمركز الصحي بفاس

13, زقة الإمام علي, الطابق الأول (م.ج) - فاس

☎ ع.: 05.35.65.06.47

Fès, le 10/07/2020 في فاس

M^{me} N'HAMOUCHE BANIA

$$73,20 = 24,40 \times 3$$

1) Levothyron 100

3 Bts



At de

$$496,50 = 165,50 \times 3$$

4 ATACAND 16

3 Bts



3

mois
=

$$216,00 = 72,00 \times 3$$

3) - Deteniel

3 Bts



22,70

- Renomecane sachets

1 sachet x 2



1 Bts

$$T = 808,40$$

PHARMACIE TADAWI FES SAISS
SARL (AU) Dr. HASSAN KAREM
douar Oulad Lakhdar Ouled Tayeb Fès Bie
Tél : 05 35 96 36 26
karem.hassan1979@gmail.com
INPE : 142983500

Docteur BURG ANNIE
Médecine Générale
13, Rue Imam Ali - FES
Tél. 05.35.65.06.47

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40

PHARMAS
LOT : 8950
UT.AV : 03-23
PPV : 22DH70

Atacand® 16 mg
candesartan cilest

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA 16mg/ANIII/A/0716.1]

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou el souam rochat
noires casablanca

ATACAND

16 mg

Cpr séc

Bte de 30

140/16 DMP/21 NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

**ATACAND + GROSSES
INTERDIT**



**Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace.**

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب: 140/16 DMP/2
N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس: 5103076

Atacand® 16 mg
candesartan cilest

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA 16mg/ANIII/A/0716.1]

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou el souam rochat
noires casablanca

ATACAND

16 mg

Cpr séc

Bte de 30

140/16 DMP/21 NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

**ATACAND + GROSSES
INTERDIT**



**Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace.**

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب: 140/16 DMP/2
N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس: 5103076

Atacand® 16 mg
candesartan cilest

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA 16mg/ANIII/A/0716.1]

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou el nouam rochat
noires casablanca

ATACAND

16 mg

Cpr séc

Bte de 30

140/16 DMP/21 NRQ P.P.V: 165,50 DH



**ATACAND + GROSSES
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace.**

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب : 140/16 DMP/2
N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس : 5103076