

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 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

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° P19- 064915

ND: 43209

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TMOULIK MOHAMMED SADE

Date de naissance : 24 SEP 1955

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661182181 Total des frais engagés : 2419,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020

Nom et prénom du malade : TMOULIK Fatima Zahra Age : 23 ans

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

Nature de la maladie : Bronchite asthmatique

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 : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

05/07/2006	G	0.1	G	
------------	---	-----	---	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09. 09 2020	11/09. 60	PHARMACIE GALAXY SANTE Dr ELFADILI Avenue Mohammed Belhassen Elouazzani Bordj - Tél: 05 37 61 80 56

PHARMACIE GALAXY SANTE
D'ELFADIL
Avenue Mohammed Bel
Babou - Tél: 09

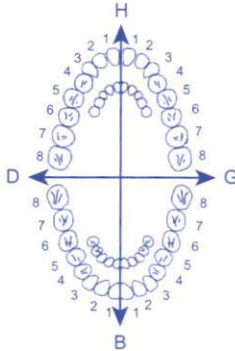
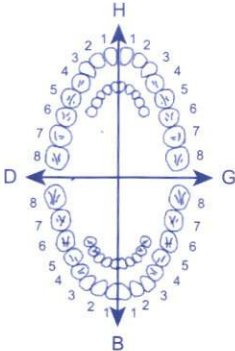
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>															
					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>														
						<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>													
							<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>												
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>														
			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

09-09-2020

Dr. BENCHEIKH
Médecin Général
S. OUMCHER

Moulik, Fatima, Zahra

26,20 1/2 August 1g

1 sachet x 31' x 0,5g

23 248,10 Secretide 200 spray

2B < 0

2) Ventoline spray

45,20 419,60 2B x 31'

et en vos devises

PHARMACIE GALAXY SANTE
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassen Elouazzani
Rabat - Tél.: 05 37 63 60 60

PHARMACIE GALAXY SANTE
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassen Elouazzani
Rabat - Tél.: 05 37 63 60 56

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Ministère de Santé
Protection de
S. OUMCHER
Samia

SECRETIDE

proprionate de fluticasone/
salmétérol

Diskus

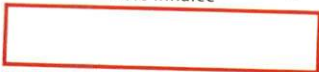
250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

ID : 644221
6

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 126,30 DH
LOT : 623072
PER : 06/21



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g/125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique... 125mg
(sous forme de clavulanate
de potassium).
Contient de l'aspartam
(environ 30mg).
Mise en garde spéciale :
risque d'allergie.

Vole orale

Tenir hors de la portée et de
la vue des enfants.
Conserver à une
température inférieure à
25°C et à l'abri de l'humidité.



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g/125 mg



**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**

أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أموكسيسيلين / الحمض كلافلوانييك
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS