

## 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 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° W19-479047

ND. 18741

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDOUK MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Moulay Hami Rue 3 N° 25 OULFA  
CASA

Tél. : 06 995 995 96 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Société Pharmacie HAZOUA MOGADOR N°10b ASSAMOUAT Tél: 0524782947/06661417191</p>	<p>03/10/2020</p>	<p>Société Pharmacie HAZOUA MOGADOR N°10b ASSAMOUAT Tél: 0524782947/06661417191</p>

[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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie S<sup>T</sup>E PHIE ELGHAZOUA M

Adresse 17 LOT REGRAGA BP 1

Ville ESSAOUIRA

Tél : 0524792947



CNSS

R.C

PATENTE 47228618

I.C.E

I.F

Facture N° : 13

Date : 03/01/2020

Client

**Client de passage**

Assidik Mohamed

Forme	Désignation	Quantité	Prix PPV	Tva	Montant PPV
PD	INONGAN PD	1	13.2	7	13.20
PD	DIPROSONE PD GM	1	32.5	7	32.50
UE	FONDERMA SOLUTION	1	15.5	7	15.50
Taux TVA	Base TVA	Montant TVA	Montant Total HT	57.20	
7.00	57.20	4.00	Montant Total TVA	4.00	
			Montant Total	61.20	

Arrêtée la presente facture a la somme de :

soixante et un Dhs et vingt Cts

**INDICATIONS :**  
Douleurs rhumatismales - Douleurs du torticolis - Douleurs d'origine traumatique - Massages sportifs  
**MODE D'EMPLOI :**  
Orictions légères de la zone de  
A répéter plusieurs fois par jour  
**A.M.M. N° : 265**  
**RPV : 13,20 DH**

Société Pharmacie  
EL GHAZOUA MOGADOR  
Dr. Zineb ASSAMAOUAT  
Tél : 0524792947/0661417191

**STE PHIE ELGHAZOUA MOGADOR**

17 LOT REGRAGA BP 1543

ESSAOUIRA

Tél : 0524792947

Patente : 47228618

Vendeur : SULTANA

Ticket N° : 497574 du 03/01/2020

**LIBELLE PRODUIT**

**MONTANT**

INONGAN PD

1 x 13.20 = 13.20

DIPROSONE PD GM

1 x 32.50 = 32.50

FONDERMA SOLUTION

1 x 15.50 = 15.50

Montant Total : 61.20

Montant Net : 61.20

Montant Payé : 61.20

Montant Rendu : 0.00

**Patient : Client de passage**

Merci de Votre Visite

أنبوب

DIPROSONE 0,05 %  
pommade ○



ديبروزون® 0,05 % مرهم

بيتاميتازون  
للدهن

LOT: 571  
PER: AUT 2022  
PPV: 32 DH 50



**AMM N° : 214 DAT/PH**

**P.P.V. : 15,50 DH**

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال  
المقادير وكيفية الإستعمال :  
اقرأ البيان داخله.

**Indications - Contre-indications**

**Posologie et mode d'emploi :**

**lire notice intérieure.**

**Dr. Maria MAFTOUH**  
**Pharmacien Responsable**

### **MODE D'EMPLOI**

A l'aide de coton-tige badigeonner les lésions en débordant largement la région atteinte. Pratiquer deux applications quotidiennes jusqu'à complète disparition des signes cutanés.