

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	I.I.SNP Optique <b>22035</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Autres
Matricule : <b>11560</b>	Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL MEJJAD YASSIR</b>		
Date de naissance : <b>23/09/1976</b>		
Adresse : <b>Rue Ibn Jähir, Résidence Talawat 1</b>		
App. n° <b>4</b> Bougogne, casse		
Tél. : <b>0661541222</b>	Total des frais engagés :	<b>595</b> Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : **Y** Le : **13/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des	
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire				
	H D 25533412 00000000 00000000 35533411	H G 21433552 00000000 00000000 11433553			Coefficient des travaux
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT DES SOINS
					Date du devis
					Fin de
<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....			Mle	
DECLARATION N°	W17-129720				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W17-129720

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11560

Nom & Prénom ELMETJAD YASSIR

Fonction Cadre Phones 0661541227

Mail yelmejjad@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient AL MEJJAD Neiem

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 21 ans Date 21.01.2020

Nature de la maladie Date 1ère visite

Maladie allergique, bronchite, rhume, grippe, etc.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2	1	200,00

PHARMACIE Date 21.01.2020

Montant de la facture

395,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. Rachida SABIL

Pédiatre

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

Ancienne Interne des Hôpitaux de France



الدكتورة رشيدة سيد

اختصاصية

في أمراض الأطفال والرضع

خريجة كلية الطب بمونبولي

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات فرنسا

Marrakech, Le

91-01-2020 مراكش، في

2x 20,00 -

Cutec p turall

1 cuil / le peu

136,20 -

Nasalat 120.

1 pinceau des cheveux  
naus / le peu

79,40 -

Fitraax E

1 cu. café x 31,

44,00 -

Noxilane p turall

1 cu. café x 31,

95,10 -

Orman

1 cu. café / goutte

395,10

Pharmacie Mariane Ménara  
Orthodontie et  
Centre Comptable  
Marrakech  
Tél. 05 24 31 27 23

الدكتور رشيدة سيد  
Dr. Rachida SABIL  
213 Avenue Mohamed V Imm. R.A.M. 3<sup>ème</sup> étage Guéliz Marrakech - Tél. 05 24 43 87 54  
GSM: 06 68 73 39 44

# **FitOrax®**

Solution buvable

A base de Propolis  
+ Extraits de plantes  
+ Vitamine C

Enfants

Confort des  
voies respiratoires

et de la gorge

Goût Fraise



200 ml

MEDIPRO  
PHARMA

A base  
d'actifs  
naturels



8 032578 479522

Lot :  
À consommer  
avant le :

177  
2022

PPC : 79,90 DH



# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00

PER:05/22

LOT: I1330

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

100122  
02/18

# ماكسيلاز آلام الحلق

ألفا-أميلاز

200 وحدة CEIP/ملل

ابتداءً من 6 أشهر

شراب

قارورة من 125 ملل

نكهة المندارين

يوصى هذا الدواء في آلام الحلق الخفيفة  
وغير المصحوبة بحمى.

التركيب لكل 100 ملل

ألفا-أميلاز 20000 وحدة CEIP

سواغ ذو تأثير معروف

صبغة برتقالية صفراء (E110) ، سكارون،

ميثيل بارابين الصوديوم (E219)،

بروبييل بارابين الصوديوم (E217).

عن طريق الفم.

احتياطات خاصة للحفظ: يحفظ في

حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول أيدي

الأطفال وعن مجال بصرهم

يرجح قراءة النشرة يتمتعن قبل الاستعمال

دواء يُصرف بدون وصفة طبية

دواء مرخص رقم 2 5299 306 34009

Lot/Batch: 2893

Fab./Mfg: 10/2019

Pér./Exp.: 03/2021

>

6

1 1 8 0 0 1 1 5 0 1 9 9

MASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V. 136.20 DH  
Distribué par MSD Maroc

S008638

02 2022

Lot

EXP



①

50 i.m.

Flacon de 120 doses  
50 microgrammes/dose

**Nasonex®**

*suspension pour  
pulvérisation nasale*

~~furoate de mométasone  
anhydre~~

*Voie nasale*

AMM 233DMP/21/NRQ



**MSD**

Codage

# MAUX DE GORGE SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE  
200 U.CEIP/ml



A PARTIR DE 6 MOIS  
FROM 6 MONTHS

SIRUP/SYRUP  
Flacon de / Vial of  
125 ml

Gout mandarine  
Mandarin flavor

SANOFI

# Maxilase®

Litho typo



# دينا فيت

14 فيتامينات ومعادن أساسية  
+ الحلبة

أوجه الاستعمال

• فقدان الشهية

• نقص الفيتامينات التي لها دور في النمو

• نقصان في الوزن

يحتوي دينافيت® على تركيبة خاصة من الفيتامينات الأساسية و الحلبة التي تساعد على فتح الشهية و تعمل على تقوية المناعة

لا يجب استعماله عند المرأة الحامل

Fabriqué en France par

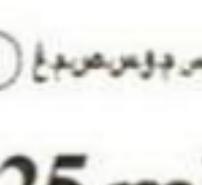
**Laboratoires**  
**FCV**

4, rue du 19 mars 1962  
38630 les Avenières - France

Pour

 **Ramo Pharm**

4, Rue Al Oukhouzine Benoujourt  
20200 - Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 رقم ترخيص دوغر من مخ

**Dynavit 125 ml**

6 111255 810222

Flacon  
125 ml