

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-483630

MD = 24802

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDRAA Med HAMZA

Date de naissance : 11-12-1983

Adresse : 31 Rue Point du jour EL GYN* 16

Tél : 0666 293531

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2020

Nom et prénom du malade : Bouhraa Remia Age : 5 ans

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

Nature de la maladie : C.E.A

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 : 12/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
22/03/20	250	INP : ... Dr. Kamina TRAORE Fd. HMM Pédiatre 68, Rue Zerhoun (Ex. Reims) CASA - Tél: 20.31.60/68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ANADEL Bd. Abdellatif Ben Kheddouj Tél: 020.22.44.57	22/03/20	12250

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

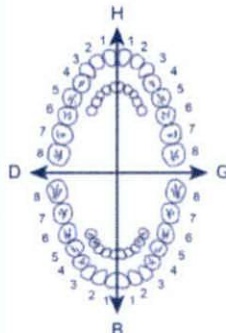
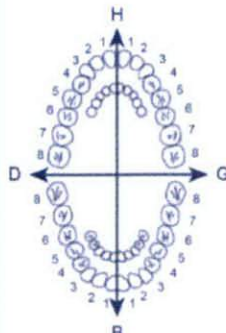
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur ZRIKEM Karinta
Ep. HIMMI
Pédiatre

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant
Allergie - Asthme
Exploration Fonctionnelle
Respiratoire
Ex-Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



الدكتورة زريكيم كريمة
زوجة حمي

طبيبة الأطفال
اختصاصية في أمراض الأطفال
الحساسية - الضيقية
أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le 02.03.20... في الدار البيضاء

Blancha Karima

32.90 ① Flagey

100 mg 100 mg

38.90 ② Amoxicil

100 mg 100 mg

23.00 ③ Spasmyl

100 mg 100 mg

28.10 ④ Spasmyl

100 mg 100 mg

122.90

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,90

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI
Pédiatre
68, Rue Zerhoun (Ex. Reims)
CASA - Tél.: 29.31.60/68

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable

amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قيل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 38,90 DH

LOT: 587648

PER: 07/2021

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة 5 ملل

Flagyl 4%

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER.: 06 2021

LOT : 19E003

FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML

P.P.V : 32DH90



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Spasmyl[®]

Trimébutine

Flacon de 250 ml
de suspension

Granulés pour
suspension buvable
en flacon

PPV 23.00 DH
LOT N342 PER 03/22