

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-576969

54452

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12516 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMARI SOUFIANE

Date de naissance : 02/07/1986

Adresse : 16, rue abou alhamaa, résidence da pèle de Bretagne, quartier da ferme Bretagne

Tél : 06 61 24 25 01 Total des frais engagés : 481,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

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.

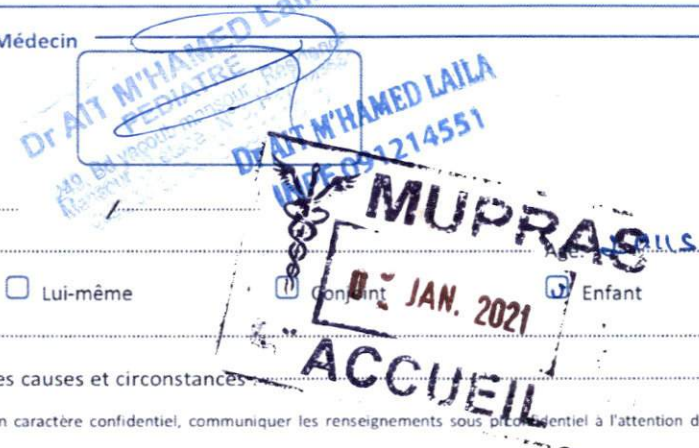
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 04 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
16/10/2020	CS + I.R	25000 DH		DR. ABDELKADER ALA INP: 091114531 D. AIT M. ALA Bd Jacob m... F... R... R...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLYSSEE Asmaa ALY 16 bis Rue Tanane Beauvoisin Tel/Fax: 0522 25 52 52	16/10/2020	231,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

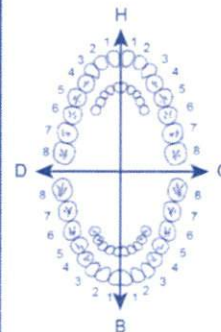
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

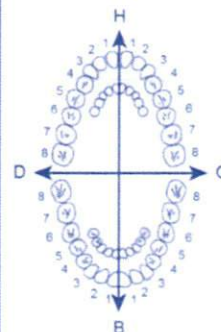
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	01433552
00000000	00000000
D	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

CCEFFICIENT 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

الدكتورة آيت محمد ليلي
إختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila

Pédiatre

Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant

HARMATIE ODYSSEE
ASMA AMOR
156, Rue Ikhane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tel: Fax: 0522 25 52 63

Cabinet
Pédiatrique

Le 16.10.2020

Aouari Salma:

02 ans - 12 kg

11,70

1) Doliprane 200mg suppo =

1 suppo x 1/1 jour s. 04,38

(si douleurs)

2) Apiretal solution

1 dose 12 kg x 1/1 jour

(si diarrhée)

83,50

3) Rhinolaryx spray 12g

solution isotonique

1 pulvérisation

x 1/1 jour

17,70

4) coquelusédal suppo. nourrisson

1 suppo

rotatif
soir

x 3 jours

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour. 2^{ème} Etage. Apt3. Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

A partir de l'âge 19/10/2020

98,00

75

1) Probiotiques Pediatric au Lait

1 sachet à midi 1 jour

x 10 jours

20,50

75

2) vit. D₃. B.O.N. 200000 UI

1/2 dose à boire. Rucoulher

en janvier. 1000.

231,80

MARKE ALLE ODYSSEE
Asma AMOR
15 bis Rue Lamine Ferme Bretonne
Beaujeu Casablanca
Tel: Fax: 0522 25 52 63

Dr AIT M'HAMED LAH
PEDIATRE
249, Bd Yacoub Mansour, Pô
Mansour, 20100, N 3
0522 39 39 04 11

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

كوليكالسيفيرول / CHOLECALCIFEROL

1 ml محلول للمحقن العضلي وللشرب / Oral and IM injectable solution / Solution injectable IM et buvable

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.

Voie orale ou injection I.M.

Tenir hors de la vue et

de la portée des enfants.

A conserver à une température

inférieure à 25°C

et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully
before use.

Oral use or I.M. injection.

Keep out of the sight and

reach of children.

Store below 25°C and away from light.

Store below 25°C and away from light.

Store below 25°C and away from light.

DE n° 269/14H 095/97/15 رقم مقرر التسجيل

يجب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال
عن طريق الفم أو الحقن في العضل.

يحفظ بعيداً عن مجال بصر

الأطفال وعن متناول أيديهم

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C

بعيداً عن الضوء.

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تعليمات تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - لائحة II

ZENITH Pharma

AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272223

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /

صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



PPV 11DH70
PER 10/22
LOT 12383

Doliprane®

PARACETAMOL

200 mg



**DOULEURS
FIEVRE**



10 SUPPOSITOIRES

b

botu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebbah - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

Coquelusédal Paracétamol 100

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE

LOT 192614
EXP 11/2007
PPV 17,70 DH



COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100
12 SUPPOSITOIRES NOURRISSONS



Non remboursable



6 118000 020349