

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.

Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
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- 053555

61279

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJAMIN Hlaoui Rachid

Date de naissance : 29/03/1954

Adresse : 294 Avenue II Novembre Sud

Tél : 051311629

Total des frais engagés : 136,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : BENJAMIN Hlaoui Age : 64 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataractes + Déchirure oculaire

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 : RAM Le : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053555

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BENJAMIN Hlaoui

Total des frais engagés : 136,20 DHS

Date de dépôt :

[illegible]

Dr. Bouchra Guendiche
Ophtalmologiste
Maladie et Chirurgie des Yeux
Chef Service Urgence
Polyclinique CNRS Derm Gynéc-Caseiro
Tél : 05 22 86 30 74 4 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ASSIF Mme SEBTI Farida Pharmacie 9, Bd Allal El Fassi Unité Daoudiate - Marrakech Tél : 05 24 30 30 35 INPE : 072011844	14/10/20	136,50

ARMACIE ASSIF
Mme SESTI Farida
Secrétaire en pharmacie
9, Bd Allal el Fassi Unité 4
Daoudiate - Marrakech
Tél : 05 24 30 30 35
INPE : 072011844

[illegible]

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

[illegible]

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

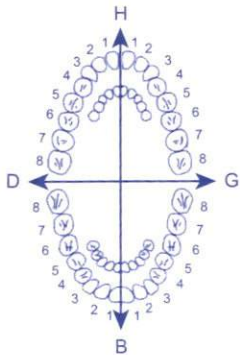
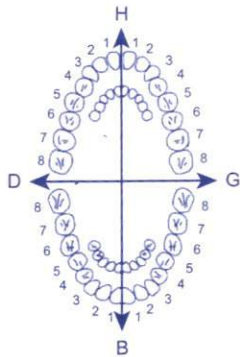
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

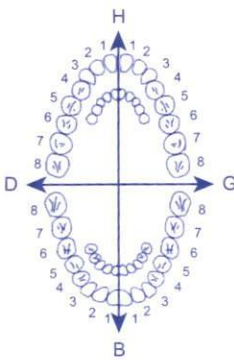
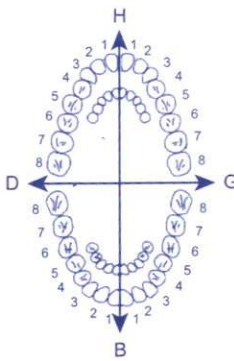
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					Coefficient DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>DG</div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				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



وصفة
ORDONNANCE



Le 14/10/2020

Jammi Assif

76120

(1) Azzyber SV

2 gts matin et soir

ou

CILOXAN® 0.3%
POMMADE OPHTHALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

60,00

(2) Cilox one gte SV

le soir

= 13620

Dr. Bouchra GUEDIRA
Ophtalmologiste
Maladie et Chirurgie des Yeux
Chef Service Urgence
Polyclinique CNSS Derb Ghallef-Casablanca
Tél : 05 22 86 20 20 à 27

PHARMACIE ASSIF
Mme SLETTI Farida
Docteur en Pharmacie
219, Bd Allal El Fassi Unité 4
Daoudiate - Marrakech
Tél : 05 21 30 30 35

بدون الحاجة لوصفة طبية

Sans conservateur

Collyre en solution
6 récipients unidoses de 0,25 g
قطرات العين على شكل محلول
6 أوعية أحادية الجرعة بسعة 0,25 ج

Azyter 15 mg/g / 15 ج/ج / 15 أزيتر

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine 14,3 mg
Sous forme d'azithromycine
dihydrate 15 mg
pour 1 g de solution

Un récipient unidoses de 250 mg
de solution contient 3,75 mg
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/ج

أزيترومييسين 14,3 مغ
على شكل أزيترومييسين
ثنائي الاماهة 15 مغ
ل 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة
250 مغ من المحلول يحتوي
على 3,75 مغ من الأزيترومييسين الثنائي
الاماهة.

السواغ :

ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :
16/09/17D 164/022
رقم مقرر التسجيل بالجزائر
16/09/17D 164/022

MA

Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

TN

Enreg. TN n° :
8443081
رقم التسجيل بتونس
8443081

Azyter 15 mg/g

Collyre; B/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

72, 22 84

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيثير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سيدكس 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا يبلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصوفة
LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية