

# 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.

## 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

0 Réclamation : contact@mupras.com  
0 : sec@mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051712

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom : MAHMOUD Med

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69, Rue AL HOUDHOD

Tél : 0522273479

Total des frais engagés :

280,60

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.09.2019

Nom et prénom du malade : Zahidi Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du sein

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 : Casa

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
13/09/2021			6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/9/21	28062

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

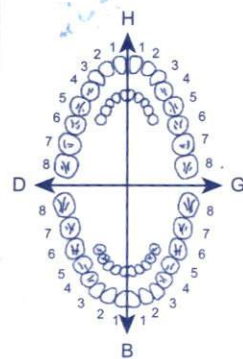
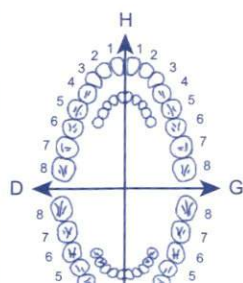
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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			
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS



13/09/2021

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

Mme Zahidi Fatima

7/80x3

Seppen 500mg

1cp x 2/j x (3 boîtes)

28/10x2

Tramadol

280,60

1cp x 2/j (2 boîtes)

PHARMACIE DE L'HOPITAL s.a.u.  
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'agadir  
Casablanca

93/132

PHARMACIE DE L'HOPITAL s.a.u.  
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'agadir  
Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00 - 06 62 09 54 15  
Fax : 05 22 86 25 56  
www.oncologieriyad.com

# 500<sup>®</sup> سيتيسين

سيير وفلو كسا سين

علبة من 10

**SEPCEN<sup>®</sup> 500 mg**  
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000 230182

بجى احصام الج

LOT: 15827006

EXP: 04/2024

Pharm. S. S. S. S.

481 74 180

# 500<sup>®</sup> سيتيسين

سيير وفلو كسا سين

علبة من 10

**SEPCEN<sup>®</sup> 500 mg**  
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000 230182

بجى احصام الج

LOT: 15827006

EXP: 04/2024

Ph. ...

48180 74

# 500<sup>®</sup> سيتيسين

سيير وفلو كسا سين

علبة من 10

**SEPCEN<sup>®</sup> 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000 230182



بجى احصام الج

LOT: 15827006

EXP: 04/2024

Pharm. S. S. S. S.

48147



# TRAMADOL NORMON<sup>®</sup> 50 mg

## Tramadol

LOT: 12421001  
PER: 03/2024  
PPV: 28, 10 DH

**20 gélules**  
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température inférieure à 30°C  
Sous ordonnance médicale.  
Tableau A

**Respecter les  
doses prescrites**  
المرجو احترام الجرعات الموصوفة

# TRAMADOL NORMON<sup>®</sup> 50 mg

## Tramadol

LOT: 12421001  
PER: 03/2024  
PPV: 28, 10 DH

**20 gélules**  
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température inférieure à 30°C  
Sous ordonnance médicale.  
Tableau A

**Respecter les  
doses prescrites**  
المرجو احترام الجرعات الموصوفة