

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Alaj Ben Abdellah - 6ème Etage Angic 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-680298

106944

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12584

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TOUBA ISMAIL

Date de naissance :

13-06-1987

Adresse :

Des los Orchidées 4, Imm N. Apt 4.

Mohammed

Tél. :

067/907743

Total des frais engagés :

298,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mariani KOURIME
Pédiatre
46 Rés Zohour El Ala - Mohammed
Fix : 05 23 32 02 04 - Tél : 06 62 09 56 53

Date de consultation :

12/01/2022

Nom et prénom du malade :

TOUBA, Nohamed Amine

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, l'adhérent s'engage à fournir 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 :

Mohammed

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
12/01/22	CS			

46 Rés Zohour El Alla - Mokropala
Fix : 85 23 32 02 04 - Tél : 06 82 09 56 53
09 12 11 755

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12/01/22	28/01	22

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

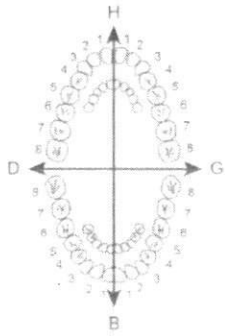
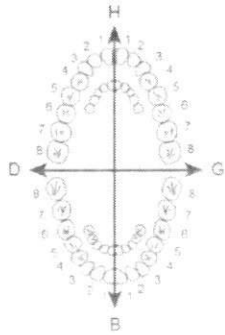
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :
Veuillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																												
				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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
				MONTANTS DES SOINS []																												
				DATE DU DEVIS []																												
			DATE DE L'EXECUTION []																													

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mariam KOURIME
Spécialiste en Pédiatrie



الدكتورة مريم كوريم
اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

12 JAN 2022

Mohammedia le

Nom Prénom :

Touba Mohamed Amine

1) Josacine 250 ou Zeller s'rop.
ou clagen 250
1 dose de 14 x 21 j 7j

2) Betastene

140 gouttes/j 7j

3) Butorent s'rop

1 cà c x 3/j 7j

4) lorus s'rop

1/2 cà m le soi

3 mois

5) soufrane

2 gouttes x 3/j 5j

الدكتورة مريم كوريم
Docteur Mariam KOURIME
Pédiatre

46 Rés Zohour El Alla - Mohammedia
Flx : 05 23 32 02 04 - Tel : 06 62 09 56 53

28.60

☎ : 05 23 32 02 04 - ☎ / Urgence : 06 62 09 56 53 / ☎ : k.mariame2010@gmail.com

46, إقامة الزهور, الطابق الأول, شارع محمد السادس, العالية - المحمدية (فوق صيدلية النصر)

46, Rés Zohour, 1^{er} étage Boulevard Mohamed VI, Alia-Mohammedia (Au dessus de pharmacie Nasr)

Josacine 250 mg/5 ml

Flacon de 15 g de granulé correspondant
à 60 ml de suspension buvable reconstituée
Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 - Bouskoura - Maroc

AMM N° 58/16 DMP/21.NTT



6 118000 023173

Lieu de fabrication : FAMAR LYON - FRANCE

Lieu de contrôle et de conditionnement :

Laboratoires SOTHEMA

Aïn sebaâ, Casablanca - Maroc

LOT : M0219

EXP : SEF 2024

PPV : 78,60 DH

