

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-679488

payé
couvert

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 03107

Matricule : 03107 Société : RAM 112042

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AMINDAK Abdelhak

Nom & Prénom : AMINDAK Abdelhak

Date de naissance : 09-07-53

Adresse : la même

Tél. : 0657348440 Total des frais engagés : 210,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Bouk Bil hanane

Nom et prénom du malade : Bouk Bil hanane Age : 30

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

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 : AB

Le : 18/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-679488

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 : 03107
Nom de l'adhérent(e) : AMINDAK
Total des frais engagés : 210,80
Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IROU Lot 7 Barma Lottiss. Hou All Melloul-Tel: 15 28 24 53 037 080317	22/02/22	135,80

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

[illegible]

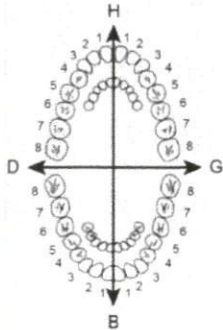
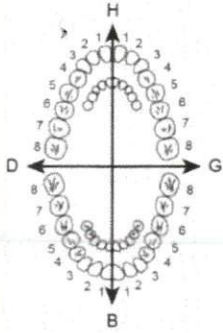
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le 18/02/2022

M. Boukhir

DR. MARYAM AMANAHOU
M.C.M.C. Agadir
Lieutenant

Nouredine EL ABSI
Medecin Colonel
Spécialiste en Médecine de sport
Urgentiste du 1° C.M.C. Agadir
INPE : 041229790

76,60

① Allegodil 0,05% Cellyre

37,20

01 opp x 03/jr Pdt 15 jour

② physio dose

22,00

06 opp x 03/jr Pdt 15 jour

③ char tee 10mg

01 opp x 03/jr Pdt 15 jour

135,80

Pharmacie IPOULKI
Lot 7 Barbat 1 Lotiss. Ifoulki
Alt Melloul-Tel : 5.28.24.53.76

Nouredine EL ABSI
Medecin Colonel
Spécialiste en Médecine de sport
Urgentiste du 1° C.M.C. Agadir
INPE : 041229790

DR. MARYAM AMANAHOU
M.C.M.C. Agadir
Lieutenant

S.V

S.V

S.V

Clartec®
Loratadine

tations :
a de 30

22,00



Clartec 10 mg comprimés

prolongée, compatible avec une prise
l'effets secondaires sédatifs et anticholinergiques.

omatique de la rhinite saisonnière pollinique
apériodique, de certaines dermatoses.

omatique des urticaires aiguës de l'enfant.

s :
à ce médicament
de 2 ans

s :
gue, somnolence et céphalées sont é

précautions :
chissant la barrière placentaire passeront à l'allaitement.
fficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 2 ans.

Mode d'emploi :
ans :
0 kg : 10 mg de Clartec® une fois / jour

Allergodil® 0,05 pour cent, collyre
Chlorhydrate d'azélastine



Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 76DH60

Allergodil®
0.05%, collyre
en solution

C 03400934767203
N 247ACANA5K
ot 1D903A1
XP 04.2024

contient des
personnes. Il pourrait

ZENITH Pharma
PPC : 38,20 DH

CE 0459

STERILE A



3 518646 266553

Physiodose

Mode d'emploi
• POUR INHALATION EN AÉROSOLISÉ

Si le produit est utilisé comme solvant pour l'inhalation en aérosolisation, reportez-vous aux instructions indiquées sur le produit à inhaler. Si le produit est utilisé seul, reportez-vous aux instructions indiquées sur l'appareil d'aérosolisation.

Précaution d'emploi

Demandez conseil à votre médecin en cas de première utilisation ou en cas d'hypersensibilité respiratoire, de pathologies graves respiratoires ou cardiovasculaires.

COMMENT CONSERVER PHYSIODOSE SERUM

Ne pas utiliser une unité endommagée ou déjà ouverte ou vu du risque de rapide contamination bactérienne. Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée sur l'emballage. Stocker à une température inférieure à 30°C.

Agadir, le : 18/02/2020

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
1° CENTRE MEDICAL CHIRURGICAL
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE № 1 048068

NOM ET PRENOM :

MONTANT :

		45
--	--	----

Le Régisseur :

