

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-570632

MA5552

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 3045 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : KAMALI ALI | | | |
| Date de naissance : 01.11.1960 | | | |
| Adresse : 7 Rue Georges Sand 405 MARRAKECH | | | |
| Tél. : 0661337762 | Total des frais engagés : Dhs | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : KHALFI CHAIMAA Médecin Interniste Hôpital M. V EL JADIDA | | | |
| Date de consultation : 17/05/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : Kamali Ali Age: 62 | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : pharyngite | | | |
| 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

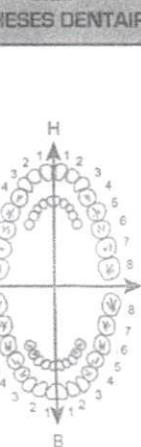
Le : 17/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : KAMALI ALI

| RELEVE 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 |
| 17/05/2022 | C | | gratuit |  Dr. KHALFI CHAIMAA Médecin Interniste Hôpital Mady EL JADIDA |
| | | | | |
| | | | | |

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 17/05/22 | 222 |

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

| RELEVE 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 de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | | 35533411 | B | 00000000 | 11433553 |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | 35533411 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| [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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

ORDONNANCE

...CASA... le ...14/05/2024...

Mr KANALI AL

54.3

1/4 tlvverhex (sticks)

4.5

2s x 2/1 pdt f_j (2boites)

168 20

2/ Augmentin 1g/125mg

1s x 2 1j pdt 8j

6

222.20



Composition :
Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200969-01



AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



هذه الدواء قد يسبب حالات حساسية
يُحظر بعدها عن متناول ومرأى
الأطفال، تحت درجة حرارة
أقل من 25° ويعدها عن الرطوبة.
اقرأوا النشرة بانتهاء قبض الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000



..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كبس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 646729
PER: 09/22



HIVERNEX®

ZINC - VIT C

ÉCHINACÉE - CASSIS - REINE DES PRÉS - PLANTAIN
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX

LOT 090839/FC5
09/2024 PPG 54,00

SANS SUCRE

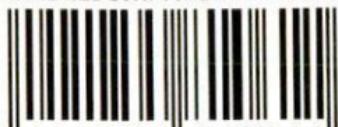


10 Sticks

Arôme orange



HIVERNEX® 10 Sticks
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX



6 111255 810611

Complément alimentaire n'est pas un médicament

PHYTEO Laboratoire

Z.A. LE COMTE
03340 BESSAY SUR ALLIER
FRANCE

N° DA20191704250DMP/20UCA/MAV3

EXPLOITANT



4, rue Al Oukhouane
Beauséjour, Casablanca

N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15

رقم ترخيص دوسيس صناعي

HIVERNEX®

ZINC - VIT C

ÉCHINACÉE - CASSIS - REINE DES PRÉS - PLANTAIN
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX

LOT 090839/FC5
09/2024 PPG 54,00

SANS SUCRE

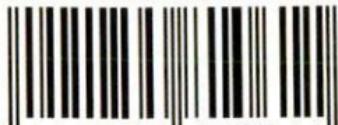


10 Sticks

Arôme orange



HIVERNEX® 10 Sticks
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX



6 111255 810611

Complément alimentaire n'est pas un médicament

PHYTEO Laboratoire

Z.A. LE COMTE
03340 BESSAY SUR ALLIER
FRANCE

N° DA20191704250DMP/20UCA/MAV3

EXPLOITANT



4, rue Al Oukhouane
Beauséjour, Casablanca

N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15

رقم

ترخيص

دوس

صادر