

## 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

- 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 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° W21-640819

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11048

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MARZOUKI Charifa

Date de naissance : 22/02/1975

Adresse : Hali tuelle

Tél. : 0643146800 Total des frais engagés : 125,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ 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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/12	28.10
		54.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

Indications :

**TRANSILAC**  
Lactulose

PPV : 7/10H40  
PER : 04-24  
LOT : K 1236

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

Sans conservateur  
دون مادة حافظة

**Théa**

**Larmabak® 0,9 %**  
Collyre  
Chlorure de sodium  
Boîte de 1 flacon de 10 ml

FR Larmabak® 0,9 %  
Composition :  
Chlorure de sodium : 0,900 g  
Pour 100 ml de collyre.

Liste des excipients :  
Hydrogénophosphate de sodium  
dodécahydrate,  
dihydrogénophosphate de sodium  
dihydraté, eau pour préparations  
injectables.  
Excipient à effet notoire : phosphates.  
Voir la notice pour plus d'information.

VOIE OPHTHALMIQUE.  
TENIR HORS DE LA VUE ET DE  
PORTÉE LA DES ENFANTS.

Indications d'utilisation :  
Ce médicament est préconisé pour  
soulager les symptômes d'irritation  
liés à la sécheresse oculaire (quand il  
existe une insuffisance de larmes).

A conserver à une température ne  
dépassant pas 25°C.  
Ne pas conserver le flacon entamé  
au-delà de 8 semaines.

Lire la notice avant utilisation.  
Ne pas injecter, ne pas avaler.  
Médicament non soumis à  
prescription médicale.

MA AMM Maroc n° :  
181/19/DMP/21/NRQDNM

محلول قطرات للعين  
كلوريد الصوديوم  
علبة تحتوي على قارورة 10 مل

تاريخ فتح القارورة لأول مرة

Posologie :  
المقادير :

les soins.

que le bilan de l'ODF.

LARMABAK 0,90%  
Collyre 10 ml - ppv : 24,10 dh  
6 118001 100651  
Distribué par COOPER PHARMA  
Casablanca

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Dioun, Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Mme Amina DAUDI  
موزع من طرف:  
كوبير فارما  
41 زنقة محمد ديوني،  
الدار البيضاء المغرب  
المسئول: أمينة الداودي

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



MACIE HAY KARAM CASA  
OURY IDRISSE MERYEM  
AVENUE C HAY KARAM QI SIDI BERN

Patente N°: 31604578  
N° R.C. : 485101  
Compte : 190780212111854045000485  
CNSS : 9189970  
Id.Fiscale: 47372817  
ICE : 002691952000075

Tél: 0522359382

Le : 26/05/2022

Charifa marzouki

BL

du : 26/05/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant
1	LARMABAK 0.9% COLLYRE	54.10	54.10
1	TRANSILAC SACHETS	71.40	71.40

Total TTC : 125.50

Pharmacie HAY KARAM CASA  
98, Bis Av. C Hay Karam  
Q.I. Sidi Bernoussi - Casa  
Tél : 0522 35 93 82  
INPE : 092031046