

RÉCOMMANDATIONS 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-641911

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9850 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEHBI NAJIB
 Date de naissance : 25/04/1973
 Adresse : 14 RUE ABOU TAOUZ DES RAMI 2
 APP 26 MAARIF
 Tél. : 0662428631 Total des frais engagés : 735 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/12/22
 Nom et prénom du malade : CHEHBI Samir Age :
 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 : CASA Le : 02/12/22
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
02/12/2022		3	300,00	INP : Dr. F. ZERHOUT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SELMA EL AZFI MAARIF 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70 ICE: 001688166000012	02/12/2022	435,00

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	

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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Farah ZERHOUNI Ep. MSAYIF

Spécialiste En Pédiatrie

- Pédiatrie Générale et Urgences
- Asthme - Allergie
- Homéopathie

Formation Spécialisée Approfondie en Pédiatrie
de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne (France)
Diplôme Universitaire en Homéopathie



الدكتورة فرح الزرهوني

أخصائية في طب الأطفال



PPU: 79,90 DH
LOT: 649753
PER: 03/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

ENFANT

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

Casablanca, le : 02/12/12

CHEHBI Saoud

P = 20500

1) Clamlin Sachet enf

79,90 x 3

18 + 31

79,50

2) Apizel Supp enf

12 x 2

19,50

3) Nurochel Supp

1 dose 21 kg + 31

12,80

4) Doliprane Supp 300

1 sup x 31

84,50

5) Sterimar Spray 31

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT

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

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH
LOT: 649753
PER: 03/24



19,00

0522 98 16 14 : رقم الهاتف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98 16 14
الطابق الثاني ، رقم 3 المعارف (جانب المركز التجاري كارفور) - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98 16 14
67, Angle Rue Al Fourate et Rue Taour, Résidence Bernaben 2ème Etage, N° 3 - Maârif - Extension (à côté de Carrefour)

200 ml e

Pharmalife
RESEARCH



8 032578 479263

Lot:

220102

À consommer
avant le:

03/2025

PPC: 79,50 DH

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



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

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH
LOT: 649460
PER: 02/24

