

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° W21-768806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13418

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bengui Ouman

Date de naissance : 07/08/1983

Adresse : Ist. Mellil

Tél. : 0662 875 675

Total des frais engagés : 285,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL GHALIA

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 :

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
				DNP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ernest Renan SABAU LA MEDICALE PHARMACIE Dr LAMOUASNI Khaoula Docteur en pharmacie 34 Rue Ahmed Akkad ex-aviateurs Casis Casablanca - Tel 0522994975	10.09.22	225.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

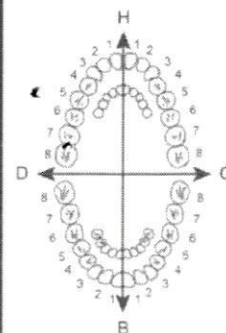
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

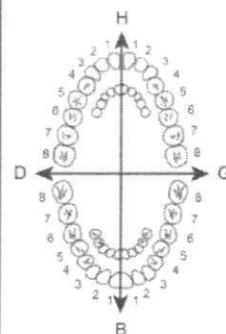
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
26533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie Ernest Renan
SARLAU LAMERCALE PHARMACIE
Dr LAMOUASNI Khouloua
Docteur en pharmacie
Oasis Akrad ex-aviateurs Oasis
Casablanca - Tel 0522994975

حصّة الغراشات

Casablanca le 10/09/2022 في الدار البيضاء

26.40 Bibi de M^{me} Benagiz ELGHALLIA

1) Tobusc goutte ou Jaw
1 goutte x 3j 7j

124.00

2) Konakion 2mg
1 goutte à une semaine
puis 1 goutte à un mois

3) Soins du cordon
Bactoprey x 2/1
+ compresses stériles
71.30

4) Physiomur Baby + mouche bibi
221.70 Moutage x 2j

GTIN

(01) 04260095681805

EXP

06 2024

Lot

F3091F03

MFD

06 2021

SN

T5HX8JYOWMP8UQU



BOTTU SA
PPV: 124 DH 00



...bebe.
...ido de
...ça. A sua
...do bebê sem
...e inquebrável e es-
...da as vezes que forem
...E VISTA DAS CRIANÇAS.
...ivo. CNP: 6050609



ZENITH Pharmia

PPC : 75,30 D/H

LOT



G213442

06 2020

IG 235955 NR 05/19
120 x 40 x 70 mm SP

LOT 221729

EXP 04 2025

PPV 26 40

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION**Tobramycine**
Flacon de 5 ml**توبريكس® 0,3 %**

قطرات للعين على شكل محلول

توبراميسين

قارورة من سعة 5 مل

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**
RESPECTER LES DOSES PRESCRITESTableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول أ (لائحة أ) - يصرف بموجب وصفة طبية

04/20

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION**Tobramycine**
Flacon de 5 ml**TOBREX® 0,3 %**
COLLYRE EN SOLUTIONVoie locale.
En instillation oculaire.
Ne pas avaler, ne pas injecter.**COMPOSITION :**Tobramycine.....0,3 g
Chlorure de benzalkonium,
acide borique, sulfate de
sodium anhydre, chlorure
de sodium, tyloxapol, eau
purifiée.**Excipient à effet notoire :**

Chlorure de benzalkonium.

**Lire attentivement la
notice avant utilisation.**Ce médicament se conserve
15 jours après ouverture du
flacon. Notez en clair la date
d'ouverture sur l'emballage.
A conserver à une
température ne dépassant
pas 25°C.**Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.****توبريكس® 0,3 %**

قطرات للعين على شكل محلول

استخدام موضعي.
للتقطير في العين.
لا يبلع، لا يحقن.
التوكية :توبراميسين
كلورور البنزالكونيوم، حمض البوريك،
كبريتات الصوديوم المائي، كلورور
الصوديوم، تيلوكسابلول، ماء مصفى.
سواء ذو تأخير معروف : كلورور البنزالكونيوم.
اقرأ النشرة بدقة قبل الإستعمال.
يحفظ هذا الدواء لمدة 15 يوماً بعد فتح
القارورة.أكتب بوضوح تاريخ الفتح على العبوة.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25
درجة مئوية.
يحفظ بعيداً عن مرآى ومتناول الأطفال.

SOTHEMA

Titulaire d'AMM / Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc