

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-783364

150406

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12618 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Misbahi Abdallah

Date de naissance : 19-08-1986

Adresse : Résidence Lilas Park 170 Bouskoura

Tél. : 0663 118 110

Total des frais engagés : 601,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

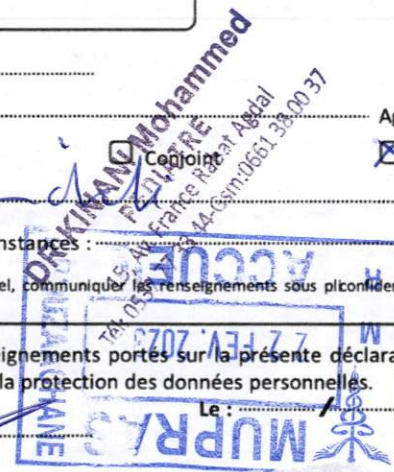
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

24/1/23 CS LCV INP : 114885822

DR KHANOU MOHAMMED
15, All. France - Abet Agdal
Tél: 05 47 33 14 - Gsm: 06 51 38 00 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/1/23 201.10

102041530

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

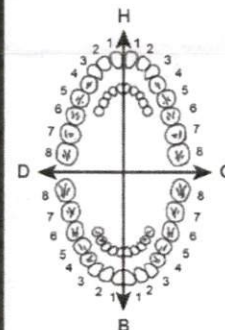
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

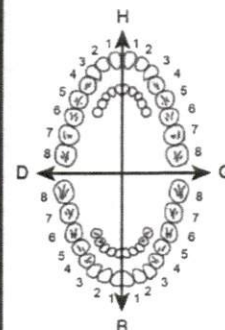
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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

Pédiatre



Néonatalogie • Urgence Pédiatrique
Nutrition - Conseil de Régime
Pédiatrie Sociale et Préventive (vaccination)
Diplômé de la Faculté de Médecine
de BORDEAUX
Ex. Attaché à l'organisme de Traitement
de l'Atlantique Nord
Ex. Attaché Militaire à l'Hôpital Med V
de Rabat

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس
خريج كلية الطب ببوردو

24 JAN. 2023

Rabat, le :

M. s. bahai

DR KINANI Mohammed
PEDIATRE
15, Av. France Rabat Agdal
Tél: 0537 77 33 44 - Gsm: 0661 38 00 37

18,50 Rhinatio 100
1cc x 2 / J 10 J

55,00 Kinkex
1cc x 2 / J 10 J

127,60 Josacem 500
1cc x 2 / J 10 J

T = 201,10

DR KINANI Mohammed
PEDIATRE
15, Av. France Rabat Agdal
Tél: 0537 77 33 44 - Gsm: 0661 38 00 37

2005 MAI 13

Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No / No DU CODE
MH/DRUGS/AYU-146
B No / No LOT CK00632
MFD / FAB 04/2022
EXP 03/2026
(01) 1890111109250
(21) P9AYCCY2J9DKCC



PPC 55 00 DH

CEN*20210907058/RQV4/DMP/GA/18

POSOLOGIE :

- Adulte : 15 ml trois fois par jour
- Enfant : 5 à 10 ml trois fois par jour selon l'âge

AGITER LE FLACON
AVANT CHAQUE UTILISATION

A CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE
INFÉRIEURE À 30°C.
A L'ABRI DE LA LUMIÈRE.

Contre indiqué pendant
la grossesse et l'allaitement
Complément alimentaire n'est pas un médicament
Ne pas laisser à la portée des enfants
Ne pas dépasser la dose recommandée.

LOT : 22E003
PER: 04 2026
RHINATHIOL 2% ENF
SIROP FL 125 ML

P.P.V : 18DH50



6 118000 061434

LOT: M0228
EXP: JUN 2025
PPV: 127,60 DH