

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-790876

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12877 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 167941

Nom & Prénom : EL HASNI NAJOUA

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : R5 GARDENIA APPT 0202 VICTORIA  
OULED SALEH CASA

Tél. : 0621309056 Total des frais engagés : 229,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 JUL 2023

Nom et prénom du malade : NAJOUA EL HASNI Age : .....

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

Nature de la maladie : Angine

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 : 10/07/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET A

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/23	90,00

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

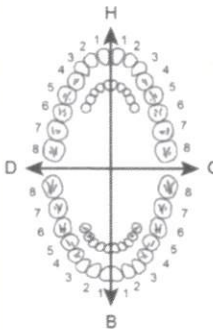
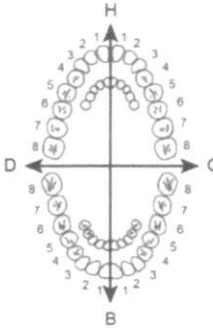
[illegible]

# 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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

فيكتوريا، مشروع النصر بلوك 24 رقم 201 الطابق الأول، أولاد صالح بوسكورة  
 Vectoria, Projet Anasr, Bloc 24 N° 201, 1er Etg Ouled Saleh - Bouskoura  
 الهاتف : 05 22 01 22 80 | Tél. : 05 22 01 22 80 : المستعجلات : 06 02 57 26 62 Urgences :

# ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet**

**1g/125 mg**

Rapport amoxicilline-acide  
clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de **12** sachets

**PHARMA 5**

LOT : 3020  
PER : 03/25  
PPV : 99DH00

Lire attentivement la notice avant utilisation

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants

اقرأ النشرة بتاني قبل الإستعمال  
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا  
تتعدى 25 درجة مئوية و بعيدا عن  
الرطوبة  
لا يترك هذا الدواء في متناول و رأى  
الأطفال

Liste I

Uniquement sur ordonnance

**Respecter les doses prescrites**  
احترم المقادير المعينة

A.M.M. : 355/15DMP/21/NRQ

**Laboratoires Pharma 5**

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Fleximat

# أكلاف

أموكسيسيلين + حامض كلافيلا نيك

**مسحوق  
لتحضير الشراب**

**1g/125 ملغ**

علاقة أموكسيسيلين-حامض  
كلافيلا نيك : 1/8

عن طريق الفم

**علبة من فئة 12 كيسا**

**PHARMA 5**

**Composition :**

Amoxicilline ..... 1 g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique ..... 125 mg  
(sous forme de clavulanate de potassium)

Excipient à effet notoire : Aspartam

التركيب :

أموكسيسيلين ..... 1 غ  
(على شكل تريهيدرات)  
حامض كلافيلا نيك ..... 125 ملغ  
(على شكل كلافيلانات البوتاسيوم)  
سواغ ذو تأثير معلوم : أسبرتام

1	☀	☀	☾
Durée	Matin	Midi	Soir

ACLAV 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 12 sachets



6 118000 091684

5