

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-767675

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : **168196**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **MAROUANI Charifa**

Date de naissance : **22-22-1978**

Adresse : **Dahia hall**

Tél. : **0643146300** Total des frais engagés : **6300**

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 : **13 JUL 2023**

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **06/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
Pharmacie HAY KARAM CASA 98, Bld AL C Hay Karam Q.I. Sidi Mouchess - Casa Tel : 0522 35 93 82 INPE : 092031046	06/07/2023	T = 68,00

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 d

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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'EXE

Tél : 0522359382

06/07/2023

CHARIFA EL MARZOUKI

BL N° :

11923

Du : 06/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant
1	FEBREX SS SACH	20,00	20,00
1	DCLIGRIPPE SACH	20,00	20,00
2	DOLIPRANE 1G CP	14,00	28,00
Total TTC			68,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE HUIT DIRHAMS

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

PPV:20DH00
PER:01/26
LOT:M220

8 أكياس - حبات
لتحضير محلول للشرب

للخيار



إنتفاخ الأنف والحنجرة

إنتفاخ الأنف

زكام



Dolicrippe
Paracetamol - Vitamin C - Salicylic Acid

8 Sachets Granulés



AMM N° 247/15 DMP/21/NNP

bottu/ra

82, Allée des Cassefrites - Ath Saida - Casablanca
St. Bachouch - Pharmacie Responsable

بوتو/را
82, Allée des Cassefrites - Ath Saida - Casablanca
St. Bachouch - Pharmacie Responsable

9

FEBREX®

FEBREX®

Composition :

Paracétamine maléate	25 mg
Acétaminophène	500 mg
Ascorbique (Vit C)	200 mg
Éléments q.s.p.	un sachet.

des excipients à effet notoire : Aspartam.

Le Pharmacéutic : Granulés pour solution buvable.
de 8 sachets.

Indications thérapeutiques :

Fièvre
État grippal
Rhinite allergique / rhumes
Rhinopharyngites

Mode et voie d'administration : Voie orale.

À l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3
fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver en garde : lire attentivement la notice.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



FEBREX® Adulte Sans Sucre



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques



PHARMED LOT : 2611
UT.AV: 09-25
PPV : 20DH00



Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



أقراص

بوتني صم
ب. عمر الكاويارياناس - بين السبع - الدار البيضاء
م. البدرخي - صيدلي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie"**. Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



b
bottu s.a.
82, Allée des Casanovas - Ahl Sella - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV : 14DH00
LMP : 00
LOT : K004/14

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 "118000"040972



أقراص

b
بوتو فيم
82, ممر الكازياريناس - بين السبع - الدار البيضاء
م. البدرخي - صيدلي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie"**. Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



b
bottu s.a.
82, Allée des Casairinas - Ahl Sella - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV : 14DH00
LMP : 00
LOT : K004/14