

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 canalaires, 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 canalaires.

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

M22- 0032616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10174 Société : La Jume
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Missi Mohamed 180327
Date de naissance :
Adresse : Maman aden 122 tizi 1
Tél. : 06-69-3344-06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/10/2023
Nom et prénom du malade : Missi Mohamed Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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

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

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
20/10/23	Contrôle	1	150,50	Dr. RACHIDI Mohamed Médecin - Echographie - BER - ECHID - 26 Tél: 0522 22 47 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

CE: 000308818000024 - INPE: 0620370 Berrechid Tel: 0522 53 31 88 77, Rue Ibn Nafiss Hay Yasmim PHARMACIE YASMIM	20/10/23	150,50
--	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

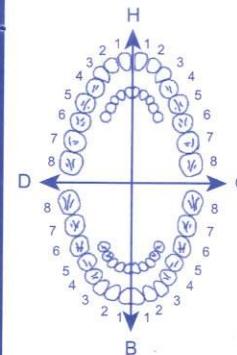
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
----------------	------------------	-------------



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	

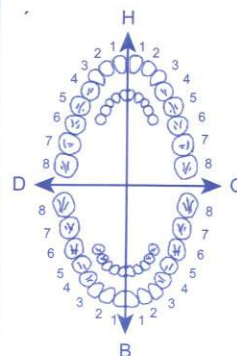
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur RACHIDI Imane
Médecine Générale
Echographie Générale
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Montpellier - France



الدكتورة رشيدى إيمان
الطب العام
الفحص بالصدى
دبلوم من كلية الطب
مونبلي - فرنسا

Berrechid, le : 20-10-23 : برشيد، في

Miri
Hibe

1 - 120,00

teefumab



2 - 30,00

ABIT & 077
Furceflyx chent

1 eff 1 J



120,00

PHARMACIE YASMINE
11, Rue Ibn Nafiss Hay Yasmine
Berrechid - Tél: 05 22 53 31 86
CE: 0005088180000024 - INPE: 06205740

DR. RACHIDI Imane
Médecin Généraliste - Echographie
Tél.: 05 22 32 47 26

Son activité sur les Bactéries Gram (+) en indique l'usage en monothérapie dans les mycoses surinfectées.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI

Ovules à 150 mg :

1 ovule le soir au coucher à introduire profondément dans le vagin pendant 3 jours.

Il est parfois nécessaire en cas de mycose récidivante ou rebelle de prolonger le traitement à 6 jours.

Ovules à 100 mg :

Mycoses sévères : 1 ovule matin et soir pendant 3 jours.

Mycoses d'intensité moyenne : 1 ovule le soir au coucher pendant 6 jours.

Crème dermique :

En application locale biquotidienne sur les lésions, en massage doux jusqu'à pénétration complète.

CONTRE-INDICATIONS

- Rarement une hypersensibilité à l'un des composants
- Utilisation de préservatifs ou de diaphragmes en latex : risque de rupture

EFFETS SECONDAIRES

Rares sensations de brûlures, ou parfois prurit et rougeur de la peau. Ces manifestations n'entraînent que rarement l'arrêt du traitement.

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE

Crème dermique :

- Acide sorbique
- Parahydroxybenzoate de méthyle sodé

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments

Il est conseillé de consulter votre médecin avant d'utiliser ce médicament. Suivez ses conseils et ne prenez pas de votre seule initiative. Prenez les médicaments en quantité importante dont vous avez besoin.



LA PORTEE DES ENFANTS.

PHARMACIQUES D'AFRIQUE DU NORD

Judaya - Casablanca

008