

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.



Déclaration de Maladie

M23-0026945

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12611 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEMALI MOHAMMED
 Date de naissance : 16.04.1988
 Adresse : Quartier ALHAB Residence A7BAR3
 Appt K 23 Casablanca
 Tél : 06.14.15.43.11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.10.2023
 Nom et prénom du malade : CHEMALI Ghadyahya Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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
27/10/23			C 250,184	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/10/23

200,16

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

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 :

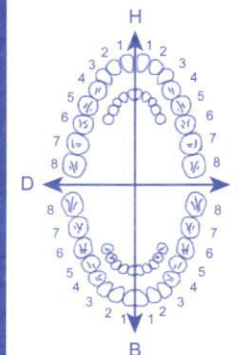
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

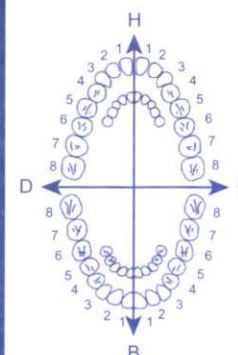
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

27.10.2023

اختصاصية في أمراض

الرضع و الاطفال

اختصاصية في حساسية الاطفال

و أمراض الربو الضيقة

Nourrisson **CHEMALI Ghali Yahya**

Age : 14 mois 5 jours

Poids : 10,30 Kg

1- AMOXIL SUSPENSION 250MG

Prendre 1 cuillère mesure le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours. في الدار البيضاء

2- BÉTASTÈNE GOUTTE

100 gouttes le matin pendant 5 jours

3- PEDIAKID TOUX

5 ml , 3 fois par jour pendant 7 jours

4- SOUFRANE GOUTTE NASALE

Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

5- KETODERM 2% CRÈME

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

LOT : 2822
PER : 03 - 25
P.P.V : 30 DH 00

200,50

PHARMACIE CASAVIEU
Dr. Othmane BENNOUNA
Centre commercial Casavieu
Nassim Islane - Casablanca
Tél: 0522 69 64 64 WTSF: 0610 13 50 00

المرجو إحترام وصفة الطبية

Bd.Abou Bakr El Kadiri ,Lotissement Haddioui N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail: damiramal25@hotmail.com

Amoxil 250

amoxicilline mg/5 ml poudre pour suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 651580
PER: 02/2026

Composition :

amoxicilline (sous forme trihydratée) 250mg
pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 250ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Le médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium.
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire,
on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesure
de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي
يؤد الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة
5 ملل