

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

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

Déclaration de Maladie

M23-008192

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6622 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : EZZAU Mous 1961

Date de naissance : 01/06/1961

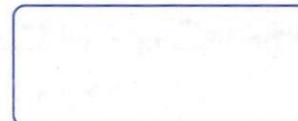
Adresse : 21 Rue Hassan II

Numéro : 687

Téléphone : 0613143967 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____ / _____ / _____

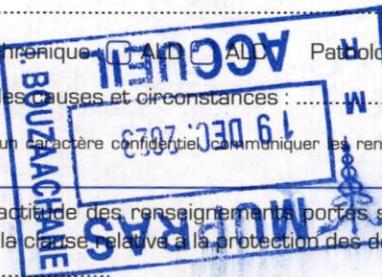
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



RELEVE 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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL-ROUDANI Mme LERBA Koudia Bd Abraham Roudani Vers Mysoussel Maârif - Casablanca 22 27 23 86 / 05 22 27 12 21</i>	<i>18-12-23</i>	<i>47,92</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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'ODF.

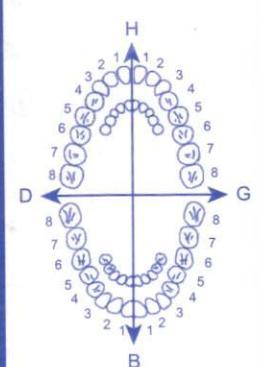
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :863464
Date : 18/12/2023

Client :
EZZAKI MINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
RINOMEX AD /8 SACHET S S	1	20.00	20.00
ADO 500 MG / 50 CPS	1	17.50	17.50
DOLIPRANE 500 MG / 20 CPS SIMPLE	1	10.30	10.30

بصريات خديجة
Bd Brahim Roudani 26
Marrakech - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 22
Mme Mikou Lebbar Khadija Ep MIKOU

Total TTC = 47.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-SEPT DIRHAMS 80 CTS

Bon rétablissement

26, Bd Brahim Roudani, Casablanca. Tél.: 0522 27 12 24 0522 27 23 86 INPE: 092051044
Patente: 35504561 CNSS:1125427 RC:176959 IF: 40303740 ICE:001638453000074

Rinomex®

Paracétamol / Vitamine C / Phéniramine maléate

Rhume - Rhinite
État grippal
Rhinopharyngite



Adultes



Arôme orange

SANS
SUCRE



8 sachets

Voie orale

SACHETS DE GRANULÉS
POUR SOLUTION BUVABLE

PHARMA5

PHARMA5 | LOT : 8236
| UT.AV : 04-25
| PPV : 20DH00

A39012

500 ملخ

ميتافور ملين
الدواء

• مضاد للمسكري

قرصا ملبيسا
عن طريق الفم

50



LOT : 7891
UT. AV : 03-25
P.P.V : 17 DH 50

PPV: 10DH30
PER : 09 / 25
LOT : L3205



Doliprane®

PARACETAMOL 500 mg

Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg

Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

Voie orale
20 COMPRIMES SECABLES

MODE D'ADMINISTRATION :

grand verre d'eau.



bottu
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable