

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

N° M21- 1054578

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06597 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDELKARIM ABDELLAH
Date de naissance : 10/05/61
Adresse : AV. EL IBERIA TACHA
Rte JAWA App 12
Tél : 0659553957 Total des frais engagés : 81,70 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 :

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 : 23/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-054578

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 06597
Nom de l'adhérent(e) : ABDELKARIM
Total des frais engagés : 81,70
Date de dépôt :

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 Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL ANDJOUJ
Dr. Benjelloun
118 BOULEVARD MOHAMED
TÉL: 05 39 94 69 13
TANGER

81.70

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

AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

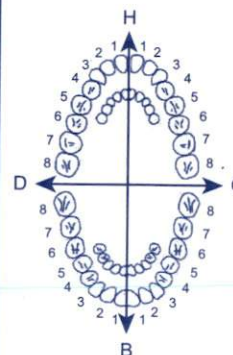
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

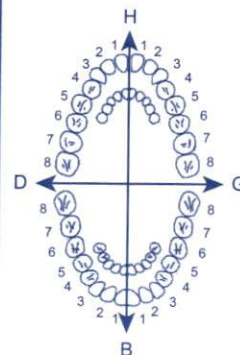
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AL ANDALOUS DE
TANGER sarl.au

👤 Dr BENJELLOUN TAOUFIQ
☎ +212539946910
📍 118 BOULEVARD MOHAMED V

Facture N° 20240103-885

Date
2024-01-03

Client
ABDELKRIM ABDELATIF
Adresse

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
CONTALAX CO 5MG B30 COMP	1	12.30	7%	12.30
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	2	27.70	0%	55.40
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14.00	7%	14.00

Total HT	TVA	Total
79.98 DHS	1.72 DHS	81.70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre-Vingt-Un DHS et Soixante-dix centimes

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Taoufik
118, BOULEVARD MOHAMED V
TÉL: 05 39 94 69 10
TANGER

دوليبيران®

باراسيتامول

10 أقراص قابلة للسكر

ملغ

1000

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
10 Comprimés sécables



الأوجاع و الحمى

للجبار

COMPOSITION :

Paracétamol 1000 mg
Excipients qsp un comprimé
INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, la douleur de l'arthrose.
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit environ à partir de 15 ans).

1000 ملغ

التركيبة :

باراسيتامول
مكونات كيميائية أخرى لغرض واحد.
دواعي الاستعمال : يتم استخدامه لمضاد آلام أو الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع والتهاب المفاصل وآلام الأسنان وآلام الجسم وآلام الدورة الشهرية. وألم التهاب المفاصل.
هذا التقديم مخصص للأطفال من 50 كغ فما فوق (حوالي 15 سنة).

Doliprane®
Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

Adulte

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M2185

®

MFD

BT185X1 01 2023

01 2028

EXP



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

CARDIOASPIRINE® 100 mg

التركيب:
كل قرص يحتوي على 100 مغ من حمض أسيتيل ساليسيليك
ساكني من السواج لقرص واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

Composition:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

®

MFD

BT185X1 01 2023

01 2028

EXP



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

CARDIOASPIRINE® 100 mg

التركيب:
كل قرص يحتوي على 100 مغ من حمض أسيتيل ساليسيليك
ساكني من السواج لقرص واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

Composition:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

30421

Composition :

Bisacodyl : 5 mg

Excipient q. s. p. un comprimé

gastro-résistant de 52,5 mg

Liste des excipients à effet notoire : Lactose.
لاحة السواغات معروفة التأثير: لاكتوز.

Indications thérapeutiques :

ce médicament est indiqué dans le
traitement de courte durée de la
constipation occasionnelle.

الارشادات العلاجية:
يوصف هذا الدواء في علاج الإمساك العرضي
قصير الأمد

LABORATOIRES OMEGA PHARMA SA

Fabriquée sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111,

quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ

Casablanca - Maroc

CONTALAX 5MG

CP B30

