

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-517912

22903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11418 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL HOUARI

Date de naissance : 03.04.76

Adresse :

Tél. : 0666050878

Total des frais engagés : 1329.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin : **QUE LES PAPILLONS**

Cachet du médecin :

Equipe RFA NEO-NAT
Dr. AMAR - Dr. MSAYIF
Dr. NEJJARI

Date de consultation : 02/01/24 CELIA

Nom et prénom du malade : BS EL HOUARI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Ant d'une cirrhose

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 : CASABLANCA Le : 02/01/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/01/24			700 DH	INP : 091639274

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.01.24	629.00

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

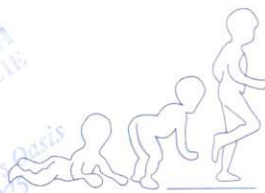
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														

Dr. **Khalid AMAR**

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد أمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيقة)

Casablanca le : 02.01.24 الدار البيضاء في

POIDS : 3020g

Nom : EL HLou CELIA

TAILLE : 68

26.40

PC : 33.5

1) TOBREX® collyre fl / 5ml(0.3%): gte

1 gtte 4 fois par jour 5 jours.

2) SOINS DE L'OMBILIC :

89.70
107.00
Septi spirit Spray + EOSINE 2% : après chaque change.

3) PHYSIOMER® SPRAY NASAL :

124.00
Lavage des narines avant chaque tétée.

4) KONAKION 2MG® SOL BUV BTE : 5 AMP :

1 ampoule à boire 1 fois par semaine pendant 4 semaines.

• T° de la chambre 18-20°C.

• Bains quotidiens.

45.00
• Alcool glycérine sur les mamelons après les tétées.

5) ABCDERM change intensif

1 application après chaque change

6) lait 3 France lait 1er age 629.10

72, شارع الزرقطوني الطابق الرابع، الرقم 12. (قرب سوق الورود) 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerkoutouni. 4ème Etage, N°12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél : 05 22 47 45 72 - G.S.M : 06 61 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma



PPC: 30.00 DH

LOT: 3010946

EXP: 06/2026

LOT: 02060926

EXP: 09/2026

PPC: 89.70



214001 015001

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020 117

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Flacon de 5 ml

GTIN

(01) 04260095681805

EXP
Lot
MFD
SN

01 2026

F3140F01

01 2023

2MXRE3W67VXCCP9



BOTTU SA
PPV : 124 DH 00





IMPORTER & DISTRIBUTOR:

S.I.C.

Bldg n°56 - Stree

Maadi - Cairo - E

Registration n°935/

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 107 DH 00



LOT

10012201

2023-04

2026-03



CETU2036
CT21818B

Le : 04/01/2024

Références

0 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/01/2024 - 04/01/2024

Le Dr. AMAR KHALID

présente à Mme AIT IKKOU FATIMA EP EL HLOU

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
700.00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CLINIQUE LES PAPILLONS
Equipe REA NEO-NAT
Dr. AMAR - Dr. MASAYIF
Dr. NEJARI

Cachet et signature