

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 de 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

N° W19-457884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8657 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : MOUTAOUAKIL ABDERRAHMAN
 Date de naissance : 29-01-1971
 Adresse :
 Tél : 069080032 Total des frais engagés : 471,903 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. CHEMSI Mounir
 Professeur de Pédiatrie
 Néonatalogie et
 Réanimation Néonatale

Cachet du médecin

Date de consultation : 29-07-19
 Nom et prénom du malade : MOUTAOUAKIL YANIS Age : 4ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : fièvre + vomissements
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confondu, joindre une déclaration sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casa le : 29/07/19
 Signature de l'adhérent(e) : *Stb*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/11/19 | CS | | 3000 | Dr. CHEF Professe N. Pédiatrie généraliste et Réanimation Néonatale |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Ousmane Dr. Aïda H. Ousmane Bd. Dakha May Inra Résidence Adoumane Doria - Casablanca Tél: 05 22 21 12 40 | 29/07/19 | 171,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
|----------------------------|--|------------------|-------------|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT DU XEUTIN [] |
| | | | | HN D'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | $D \frac{\text{dureté de la dent traitée}}{\text{dureté de la dent saine}} G$ B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, esthétique à la profession | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Pédiatrique Ajial

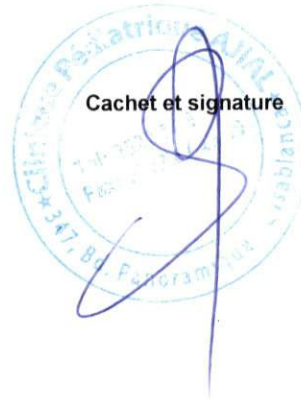
Casablanca Le: 29/07/2019

| Pré-Facture N° 40614 | | Etablie par HOUDA RECEPTION | | Page | 1/1 |
|--|-----|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------|
| Identification | | | | | |
| N° Dossier : X9G2911328 | | MUPRAS | | N° Identifiant : 1608556/16 | |
| Nom & Prénom : MOUTAOUAKIL YANISS | | | | | |
| C.I.N. : BK68035 | | Date Début : 29/07/2019 | | Date Fin : 29/07/2019 | |
| Adresse : LOT EL MANAR RUE 1 NR 82 AIN CHOK | | | | | |
| Traitement : Consultation | | | Médecin : CHEMSI MOUNIR | | |
| Prestations | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant |
| MEDICAL | | | | | |
| Consultation | 1 | 300,00 | | | 300,00 |
| Total Rubrique : | | | | | 300,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | 300,00 |
| TOTAL FACTURE | | | | | 300,00 |

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 29/7/19

Montanakis YANISS

Age = 4 ans

P - 16 Kg

70,60 x 2

1/

Augmentin suspension

2 doses de 16 Kg x 3,
pendant 7 jrs

Paracetamol Suppo 250mg

2 Suppo x 4/1

12,40

2/

18.30

3)

Clograve Linp

mea x 31


1 dose 18g x 21,

2 semaines aux Linps

171.90

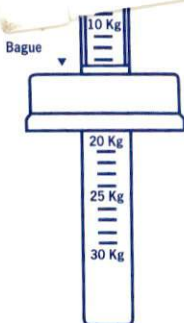
Pharmacie Cite Addamane
Bd. Dakhia Doria
Addamane Doria
Tél/Fax : 05 22 24 34 99
Dr. Agnès RACHANI
Casablanca
Résidence

Pr. CHEMSI Mounir
Professeur de Pédiatrie
Neonatalogie et
Réanimation Néonatale

AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg/ml 
Poudre pour suspension buvable, 60 ml



au début des repas,
pendant jours.




PPV: 70,60 DH
LOT: 593439
PER: 02/2020

Uniquement sur ordonnance

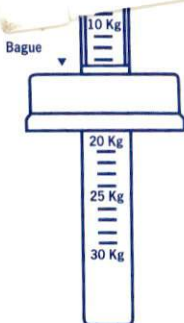
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque
déposée des sociétés du
Groupe GlaxoSmithKline

AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg/ml 
Poudre pour suspension buvable, 60 ml



au début des repas,
pendant jours.



PPV: 70,60 DH
LOT: 593439
PER: 02/2020

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque
déposée des sociétés du
Groupe GlaxoSmithKline

PPV 18DH30

EXP 02/2022

LOT 8D011 4



CLOPRAME®

Solution buvable



لابروفان
LAPROPHAN

مخابر المستحضرات
الصيدلية لشمال إفريقيا
21، زنقة الأدوية
الدار البيضاء - المغرب

CLOPRAME® 1mg/ml

Solution buvable 130 ml



6 118000 031291

