

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.



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

N° W21-764123

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01-09-2023	C3		300M	INPE 091116533 Dr. M. OUALIYAN Professeur Agrégé Pédiatre 21, Rue Hamid Ibrahim - Cas Tél: 0522 20 12 04 / 0522 20 26 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

INPE 091116533 01/09/23 372,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

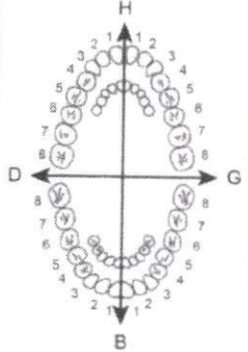
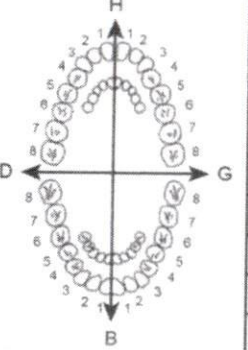
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

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.

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction]		DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION
			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Makine OUZZANI Touhami

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Spécialiste des Maladies
des Enfants et Nourrissons

21, Rue Hafid Ibrahim (Ex. Chateaubriand)
(Face Commissariat Central) - Casablanca

Tél. : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

Fax : 0522.29.89.49

E-mail.: makine_ouazzani@hotmail.com

Sur Rendez-vous

(Cabinet fermé Jeudi après midi)

الدكتور مكين الوزاني تهاامي

أستاذ مبرز

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
21، زنقة حافظ إبراهيم (شاطوبريان سابقا)
كوتي - (مقابل مركز الشرطة الرئيسي)

الهاتف : 0522.20.12.94 / 0522.20.36.38

الفاكس : 0522.29.89.49

البريد الإلكتروني: makine_ouazzani@hotmail.com

بالموعود

(العيادة مغلقة عشية الخميس)

01.09.2023

Casablanca, le في الدار البيضاء

Enfant AOUNZOU Sami

Age : 12 ans 6 mois

Poids : 36,00 Kg

1 LEVAMOX SACHET 500MG

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 8 jours.

2 EFFIPRED COMPRIMES 20MG

Prendre 1 comprimé et demi le matin après petit déjeuner pendant 5 jours.

3 ANTIBIOSYNALAR GOUTTES AURICULAIRES

Prendre 2 gouttes le matin et le soir, pendant 5 jours.

4 RITOBIMBI NEZ GORGE

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

5 STERIMAR

3 pulvérisations nasales par jour

6 DOLIPRANE 500 mg cp : ~~8/10~~

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 2 jours.

Pr Makine OUZZANI TOUHAMi

En cas d'urgence

Clinique Cardiaque et Pédiatrique "CALIFORNIE"

545, Bd. Panoramique - Route de Mekka - Californie

Casablanca - Tél. : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

في حالة استعجال

مصحة القلب والأطفال "كليفورنيا"

545، شارع المنظر العام - طريق مكة - كليفورنيا

الدار البيضاء - الهاتف : 0522.50.80.80 / 0522.52.55.55

EFFIPRED®

20 Comprimés
antiréceptifs **20 mg**



6 118000 031369

IMPRIMERIE
04/17



8 032578 474503

Lot: 220027
A consommer de
préférence avant le: 02/2025
PPC: 79,00 DH

antimicrobien

ANTIBIO SYNALAR

1940



ليفاموكسين
12 كيسا 500 ملغ / 62,5 ملغ

LEVAMOX 500 mg/62,5 mg
Poudre pour suspension
buvable en sachet 12 SACHETS



6 118000 032915

160707F56381E030718

PPV 65DH00 LOT 32017 3
EXP 05/2025

LEVAMOX
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
500 mg/62,5 mg 12 SACHETS

PPV 65DH00 LOT 32017 3
EXP 05/2025

LEVAMOX
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
500 mg/62,5 mg 12 SACHETS