

**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 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**

- 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'Hayat - 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° W19-511231

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23408**

Matricule : **08658** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre


Nom & Prénom : **NAJ EL MEKKE**

Date de naissance : **07/12/1970**

Adresse : **Escalier LAAYOUNE 1**

Tél. : **071 445 148** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **05/11/20**

Nom et prénom du malade : **NAJ EL MEKKE Naha** Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant


Nature de la maladie : **Cholera**

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 : **Laayoune** Le : **05/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes
5/11/20		2	200,00	IMP: 02101587 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/11/20	242,20

### 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

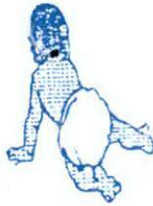
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>													
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>												

Docteur Ahlam BENABDALLAH

PEDIATRE

Maladies des Enfants et des Nourrissons  
Diplôme d'Allergologie  
Ancienne Pédiatre des Hôpitaux de Paris  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتورة أحلام بنعبد الله

إختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

دبلوة في أمراض الحساسية

طبيبة أطفال سابقًا بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب بباريس ( فرنسا )

Laâyoune le : 05 JAN 2020

ZENITH Pharma  
PPC : 120,80 DH

NAJI NOHA

20,000 Crayon Nitrate d'Argent 1's

75,000 Colistyl 50's 15s  
10ca 3h

95,000 Tobax 100's 15s  
26ca 3h

20,000 Parhamel 100's 1's  
10ca 3h

242,20

INDE 023001464



Dr. AHAM BENABDALLAH  
PEDIATRE  
161 AV de la Mecque - 2ème Etage  
Laâyoune Tsi : 05.28.89.22.22



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION

**NE PAS AVALER**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION

Tobramycine

**Alcon®**

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

Remboursable AMO



TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine

**Alcon®**

# Colictyl®

Formulation à base de plantes

## COMPOSITION :

Sarjikakashara purifié (bicarbonate de sodium)	45,0000 mg
Huile de dill	0,0009 ml
Huile d'anis	0,0007 ml
Huile de menthe	0,0002 ml
Saccharose	330,012 mg
Benzoate sodique	7,2518 mg
Sodium métabisulphite	5,0000 mg
Disodium EDTA	1,0000 mg
Chloroforme	0,0125 ml
Parahydroxybenzoate de propyle	5,0000 mg
Bronopol	2,5012 mg
Dioctyl sodium sulfosuccinate	0,07527 mg
Propylène glycol	12,5060 mg
Eau purifiée q.s.p à	5,00 ml
Talc purifié	10,0244 mg
Hyflo-supercel	1,2224 mg

CODE No / No DU CODE  
NH/DRUGS/AYU-146  
B.No./No LGT CK0428C  
MFD /FAB/ 03/2018  
EXP 02/2021  
(01) 1890181069243  
(21) J.C.2.2.7.JC6



PPC : 75,00 DH

Complément alimentaire  
n'est pas un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants  
Ne pas dépasser la dose recommandée