

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-480951

ND: 29976

Optique

Autres



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03508

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL YAZIDI ABDELLAHMAN

Date de naissance :

30/06/50

Adresse :

RUE 528 N° 17 ERAC AGADIR
TÉL. 05 22 20 45 45 43,10 Dhs

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EL YAZIDI ABDELLAHMAN 70

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.

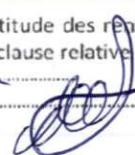
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

AGADIR

Le : 10/06/20

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 IMAM AL BOUKHARI Dr. BIDNAHAR FATIMA ZAHRA 100, Av Imam Al Boukhari Erc Bouargane - Agadir Téléphone : 05 28 22 16 03	12/06/20	43,10

INP : 042034439

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 20200611-830

Date de vente : 12/06/2020
Médecin traitant :

EL YAZIDI ABDERAHMAN
ERAC
AGADIR, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KETODERM CR 2% CREME 10G	1	27,30	TVA (7.00%)	27,30
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80

Total HT	40,28 DHS
TVA	2,82 DHS
Total	43,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-trois DHS et dix centimes



Ventes à crédit

client	Montant	Total crédit restar
ALMAOUI	19,90	19,90
otal	712,70	12 769,45

Le chiffre d'affaires net est le total des ventes livrées, payées ou non payées, moins le total des retours sur ventes et des remises.

Le montant total des ventes réalisées moins les remises.

Le montant total des ventes à crédit moins les remises.

La recette correspond aux montants des encaissements.

Ce sont les charges payées.

Correspond au total des avoirs fournisseur reçu en argent et les retours sur vente en espèce.

Les recettes répertoriées par catégorie

Les chiffres représentent le chiffre d'affaires selon la tranche de TVA.

Les montants représentent le total des règlements par client.

Les montants représentent le total des ventes à crédit par client.

دویل بارا صبیط امول ۵۰۰ ملخ ®

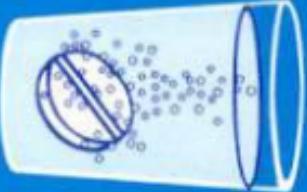
١٦ فرحاں فارا

12

٤٨، معم المکازیاریان - عین السبع - الدار البيضاء
عن البطرس - مهندس عدل

الحمدلوجي

للكبار والأطفال
ابناء من 27 كلغ



P P V 1 5 D H 8 0
P E R 1 1 / 2 2
L O T 1 2 6 3 0

Doliprane 500 mg 

16 comprim.

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

90000 040354

b 82. Allele des Casuarinins - Am Sebla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacies Responsable
BOTU s.a.

Adulte et enfant
à partir de 27 Kg

verte de la recherche JANSSEN



JANSSEN-CILAG S.A.
Fabriquée sous licence par
maphar - Casablanca - R. LAA



LAA

Tubé de 10 g

2 g pour 100 g

Kétoderm® crème

Ketocnazole*



000811 9

KETODERM 2%
CRÈME T 10G
P.P.: 27DH30
LOT: 19E002
PER.: 06/2022

100 J2

Le J2 est à l'heure

d'isoprényle, eau purifiée, q.s.p., 100 g

alcool cetyllique, polysorbate 60, polyisostearate 80, monostearate de sorbite, myristate

alcool cetyllique, polysorbate 60, propylène glycol, alcool stéarylque,

Formule : Ketocnazole 2 g - excipient : sulfite de sodium (E221), propylène glycol, alcool stéarylque,



Crème Tubé de 10 g



Kétoderm® 2%

Kétoderm®



Respecter les doses prescrites

Ne pas utiliser

Uniquement sur ordonnance
Ne pas laisser à la portée
des enfants

Kétoderm®