

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° W19-503333

AMP2 ND: 39707 M.M

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAD AISEI Noureddine

Date de naissance : 8.4.52

Adresse : RES. AL QANTARA ATLAS 1-2
Av. Mehdi Ben Barka - Marrakech

Tél. : 0661376164 Total des frais engagés : 8352,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie longue durée
ordonnance envoyée par Whatsaff.

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/02/20

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/02/20 8352,4

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 00000000 | 11433553 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

31,30

31,30



3 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tel : 0522 29 81 53 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Dr. EL MAKHLOUF
Médecin pédiatrique
Expertise Cardio-vasculaires



Casablanca, le 24.02.2021

Mr Noureddine SADDIQI

1- ZYLORIC 200 mg 1 cpj TTT SANS ARRÊT

2- ENFORGE 10 mg/ 160 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE MATIN

3- KARDEGIC 75 mg
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRÊT

4- CRESTOR 10 mg
1 CP LE SOIR SANS ARRÊT

5- XARELTO 20 mg
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

6- CORADRONE
1/2 CP PAR JOUR LUNDI ET VENDREDI SANS ARRÊT

7- JANUMET 50/1000 : 1 cp x 2j SANS ARRÊT

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

Ordonnance de soins
PHARMACIE CARREFOUR
Centre Commercial Amal
Marrakech
Tél : 05 24 37 60 61

Dr. EL MAKHLOUF AN
Professeur Agé de Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - Casa
Tél : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52 33 54

31,30x4

273,00x4

30,70x4

125,70x4

984,00x4

89,70x4

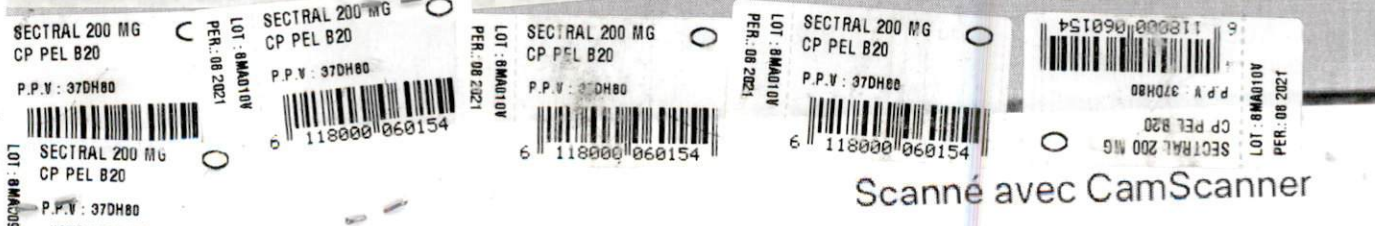
437,00x4

37,20x26

1 cp par jour 1858 3min.

2352,14

TRAITEMENT A NE PAS ARRÊTER JUSQU'À LA PROCHAINE VISITE
ENCAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRAD OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52 33 54
OU ENVOYER UN MESSAGE ÉCRIT AU : 06 61 13 14 83



Scanné avec CamScanner



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



611800103060 6

EXFORGE

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (لائحة I)

Uniquement sur ordonnance.

لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants

يحفظ الدواء بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

سوطيما

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1 27162 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspen

ZYLORIC 100 mg

Bulle de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA



611800103060 6