

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

Déclaration de Maladie

N° W19-481892

ND: 50432

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : GUERHOUJ Amina

Date de naissance : 19/11/59

Adresse : N° 46, Lotissement Laimoune 1 Casa

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 76,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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 : Casa

Le : 8 / 12 / 20

Signature de l'adhérent(e) : 

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

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
Dr BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32 Oued Assalam Oudjda - Casablanca Tél : 06 22 93 22 31	19/09/20	76.00

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	

RELEVÉ 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ELarchi
Amina

Le 190920

Quantité	Désignation	P.U.	Total
01	Bia fine (0.4l)	76,00	76,00
<p>A n'tee la présente facture</p> <p>Somme de : <i>seize mille</i></p> <p>dirhams <i>et seize</i></p>			

Dr BENHADIA KARIM

Pharmacie Dar Assalam

32 Operation Assalam

Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 22 31

بيافين ترولامين



EMULSION

POUR APPLICATION
CUTANÉE

مستحلب
للمسح على الجلد

BIAFINE

TROLAMINE

المعدّ للمسح على الجلد
المواد المسمّوغة
ستيرات الإيثيلين غليكول،
حمض ستيريك، لمبيبات السيتيل،
بارافين جامد، بارافين سائل،
برهيدرو سكالكس، زيت أفوكادو،
الجينات الترولامين والصوديوم،
عطر بيرباتون، ماء طاهر.

المراد المسمّوغة الواجب التنبيه الى وجودها
بروبيين غليكول

سوربات البوتاسيوم

باراهيدرو سي بنزوات

المثيل الصودي (E219)

باراهيدرو سي بنزوات

البروبيل الكودي (E217)

الشكل الصيدلي والمحتوى

مستحلب للمسح على الجلد.

أنبوب يحوي 186 غ.

كيفية الاستعمال وطريق الأخذ
عبر الجلد.

اقرأ النشرة الإعلامية قبل الاستعمال.

تحذير هام

الحفظ بعيدا عن متناول

ويعصر الأطفال.

تحذير بخصوص الحفظ

لا تحفظ هذا الدواء في مكان تتناهي فيه
درجة الحرارة تحت الصفر.

الشركة المانعة / المستقلة

JOHNSON & JOHNSON SANTÉ BEAUTÉ FRAN

1 RUE CAMILLE DESMOLINS

92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

اسم و عنوان الشركة المصنعة

JANSSEN CIAC

DOMAINE DE MAICREMONT

27100 VAL DE REUIL.

TUNISIE AMN 11283012

MAROC AMN N° 27DN1P72/INTT



76,00 DHS
Prix Public de Vente

Maroc

378044D