

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-533617

53813

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12986

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Ait Kechkech Hicham

Date de naissance :

25/08/1985

Adresse :

Tél. :

066210396

Total des frais engagés :

478

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AIT KECHKECH

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Arthrose / os + Knie

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 :

Casablanca

Le :

29 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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

21/12/2020 C3 C2 300,00 INP : 091035139

Professeur Abdelhaq ALAOUY YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199 Bd. Bu Nazarane
Rés. Et Walida, 2ème Etage, n° 9
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de l'ordonnance

PHARMACIE CASAVIEW
Centre Commercial Casaview
Nassim Island Casablanca
Tél : 0522 89 64 64
WTSP : 0619 13 50 00
21/12/20 173,40

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

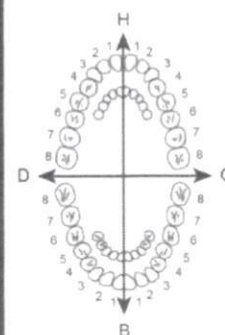
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[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



Casablanca le :
21/12/2020

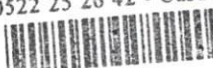
AIT KECHKECH HICHAM

- 14100
- **Doliprane 1 g - comprimé effervescent sécable**
1 Comprimé matin et soir (au milieu des repas) pendant 4 jours . 1 boîte
 - **Azix 500 mg - comprimé**
1 comprimé le 1er jour puis 1/2 comprimé par jour pendant 8 jours. 2 boîtes
 - **Vita c 1000 - comprimé effervescent**
1 Comprimé, matin pendant 10 jours. 1 boîte
 - **Maelys zinc - Gélule**
1 gélule deux fois par jour pendant 7 jours. 1 boîte
 - **3D VIT gouttes - goutte**
8 gouttes/jour pendant 10 jours. 1 flacon
- 49,70 x 2

Professeur Abdelhaq ALAOUY YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

173,40

PHARMACIE CASAVIEN
Centre Commercial Casavien
Nassim Island - Casablanca
Tél : 0522 69 84 84
WTSP : 0649 13 50 00



091035139

199/197, شارع بئر أنزاران، إقامة الوليدة الطابق 2 شقة 9 المعاريف الدار البيضاء

01/17
100025

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

COMPOSITION

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie"**. Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b

bottu s.a

(12, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE

10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2499





PPV 790H70
PER 11/23
LOT J3104

AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé



3 Comprimés
séca**b**les

b

bottu ^{s.a.}

82, Allée des Castarinas - Ain Sebdia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ



PPV 790H70
PER 11/23
LOT J3104

AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

3 Comprimés
séca**b**les

b

bottu^{s.a.}

82, Allée des Castarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ