

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



MUPRAS

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

112101

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016369

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : SLADOU KHATA Date de naissance : 1956

Adresse : 50 bd KHALFAOUI Oujda

Tél : 8611 820500 Total des frais engagés : 870,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39 Bd Mohammed V - OUJDA
Tél 05 36 68 45 10

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/22

Nom et prénom du malade : SLADOU KHATA Age : 66

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome infectieux

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 : Oujda Le : 02/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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
02/03/22	1		1700 Md	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 082037185 32, 50, 100, 200, 400, 800, 1600, 3200, 6400, 12800, 25600, 51200, 102400, 204800, 409600, 819200, 1638400, 3276800, 6553600, 13107200, 26214400, 52428800, 104857600, 209715200, 419430400, 838860800, 1677721600, 3355443200, 6710886400, 13421772800, 26843545600, 53687091200, 107374182400, 214748364800, 429496729600, 858993459200, 1717986918400, 3435973836800, 6871947673600, 13743895347200, 27487790694400, 54975581388800, 109951162777600, 219902325555200, 439804651110400, 879609302220800, 1759218604441600, 3518437208883200, 7036874417766400, 14073748835532800, 28147497671065600, 56294995342131200, 112589990684262400, 225179981368524800, 450359962737049600, 900719925474099200, 1801439850948198400, 3602879701896396800, 7205759403792793600, 14411518807585587200, 28823037615171174400, 57646075230342348800, 115292150460684697600, 230584300921369395200, 461168601842738790400, 922337203685477580800, 1844674407370955161600, 3689348814741910323200, 7378697629483820646400, 14757395258967641292800, 29514790517935282585600, 59029581035870565171200, 118059162071741130342400, 236118324143482260684800, 472236648286964521369600, 944473296573929042739200, 1888946593147858085478400, 3777893186295716170956800, 7555786372591432341913600, 15111572745182864683827200, 30223145490365729367654400, 60446290980731458735308800, 120892581961462917470617600, 241785163922925834941235200, 483570327845851669882470400, 967140655691703339764940800, 1934281311383406679529881600, 3868562622766813359059763200, 7737125245533626718119526400, 15474250491067253436239052800, 30948500982134506872478105600, 61897001964269013744956211200, 123794003928538027489912422400, 247588007857076054979824844800, 495176015714152109959649689600, 990352031428304219919299379200, 1980704062856608439838598758400, 3961408125713216879677197516800, 7922816251426433759354395033600, 15845632502852867518708790067200, 31691265005705735037417580134400, 63382530011411470074835160268800, 126765060022822940149670320537600, 253530120045645880299340641075200, 507060240091291760598681282150400, 1014120480182583521197362564300800, 2028240960365167042394725128601600, 4056481920730334084789450257203200, 8112963841460668169578900514406400, 16225927682921336339157801028812800, 32451855365842672678315602057625600, 64903710731685345356631204115251200, 129807421463370690713262408230502400, 259614842926741381426524816461004800, 519229685853482762853049632922009600, 1038459371706965525706099265844019200, 2076918743413931051412198531688038400, 4153837486827862102824397063376076800, 8307674973655724205648794126752153600, 16615349947311448411297588253504307200, 33230699894622896822595176507008614400, 66461399789245793645190353014017228800, 132922799578491587290380706028034457600, 265845599156983174580761412056068915200, 531691198313966349161522824112137830400, 1063382396627932698323045648224275660800, 2126764793255865396646091296448551321600, 4253529586511730793292182592897102643200, 8507059173023461586584365185794205286400, 17014118346046923173168730371588410572800, 34028236692093846346337460743176821145600, 68056473384187692692674921486353642291200, 136112946768375385385349842972707284582400, 272225893536750770770699685945414569164800, 544451787073501541541399371890829138329600, 1088903574147003083082798743781658276659200, 2177807148294006166165597487563316553318400, 4355614296588012332331194975126633106636800, 8711228593176024664662389950253266213273600, 17422457186352049329324779900506532426547200, 34844914372704098658649559801013064853094400, 69689828745408197317299119602026129706188800, 139379657490816394634598239204052259412377600, 278759314981632789269196478408104518824755200, 557518629963265578538392956816209037649510400, 1115037259926531157076785913632418075299020800, 2230074519853062314153571827264836150598041600, 4460149039706124628307143654529672301196083200, 8920298079412249256614287309059344602392166400, 17840596158824498513228574618118689204784332		

[illegible]

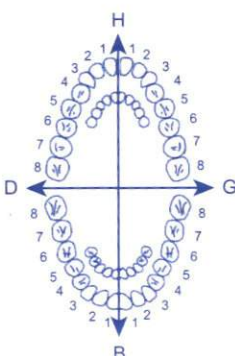
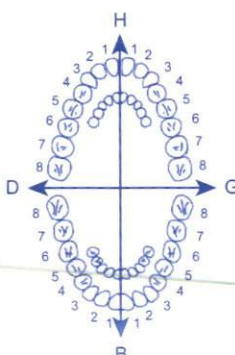
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
					MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D G														
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

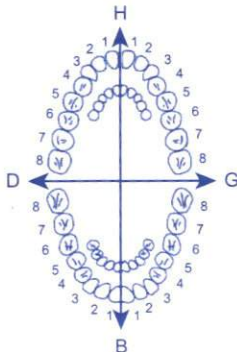
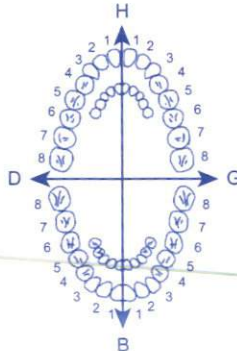
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2553341221433552 0000000000000000 D G 0000000000000000 3553341111433553 B B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA



الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة

Oujda, le 02/03/2022 في وجدة،

138,30
3
414,90
Augmentin m (36bts)
79,70 31 m
AZEX m
79,50 1 m
En Romex
146,60 30 m
En 2 m
720,70 1 m

PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE 0820 7185
32, Bd. Mohammed V
Tél. 05 36 68 45 10

IDUO GEL
tube de 30 g
PV: 146,60 DH
M N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ
distribué par SOTHEMA
P. N°1,27182-Bouskoura
6 118001 071692

Dr KERZAZI Mohamed
CHIRURGIEN
39 Bd Mohammed V - OUJDA
Tel 05 36 68 45 10

الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 647070
PER: 12/22

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 647070
PER: 12/22

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 647070
PER: 12/22

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

أنرويكس[®]

كلبتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 090513/FC4
PER 07/2024
PPC 79.50

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 10

INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Traitement des infections dues aux germes suivants :

- infections respiratoires hautes (pharyngite);
- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV 79DH70
PER 08/24
LOT K2178



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable