

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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 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

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 MLE 3146

N° P19-0038585

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3146 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : NOUASSE NOHAMED

Date de naissance : 09/12/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 26 24 61 51 Total des frais engagés : 328,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 44 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zlotfi@live.fr

Date de consultation : 14 JAN 2020

Nom et prénom du malade : NOUASSE NOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : NOUASSE NOHAMED

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) :



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
4 JAN 2020			150,000	Dr. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. S. Anzarane C : 06 22 25 03 73 GSM : 06 61 14 99 86 Fax : 05 22 25 13 00 Email : zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Mehdi
25/01/2020
78,100
100,00
128,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

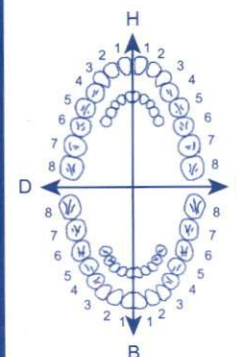
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

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

(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'EX

الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء



4 JAN. 2020

الدار البيضاء في

M. NOUASSE Mohamed

1) Betaserc
1 cp 2 x j



2) Prednol 61
1 cc 3 x j

3) ANAPRED 20

3 cp le matin et le soir

4) coquebital Poudre
1 suppo 2 x j

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

34,70

20,40

24,40

100,00

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

Pharmacie Mehdi
A. Drissi Kaitouni
2 George Sand
21. 05 22 25 82 89 - Casa

20 ملغ

أنابريد

Anapred 20 mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410010



بردنيزولون

عن طريق الفم

20 قرص متحلل

LPT: M0277
PER: 09/2021
PPO: 40.90 BH



مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500 mg, suppositoire

ce avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des
e traitement.
avez un doute, demandez plus d'informations à votre
en automédication c'est-à-dire sans consultation ni
aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent,
ou de votre médecin.
à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous pourriez
A LA PORTEE DES ENFANTS.

PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS
NS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL
EDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
IRABLES EVENTUELS ?
USEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
ES
AL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS

ntalgique et antitussif.

veur telles que maux de tête, états grippaux, douleurs
affections bronchiques aiguës bénignes telles que la toux.
mg est réservé à l'enfant de 5 à 8 kg (soit environ 2 à 9 mois).
250 mg est réservé à l'enfant de 30 mois à 7 ans (soit

PECTRYL®

SIROP EXpectorant EXpectorant SYRUP

250 ml

PPV 340H70

EXP 10/2022
LOT 98046 2

Coquelusédal Paracétamol 500

PPV 24,40
EXP 03 23
LOT 190642

ADULTES
12
suppositoires

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERT



les cas suivants:

- enfant de moins de 30 mois,
- enfant ayant des antécédents de convulsion
- enfant ayant des antécédents d'épilepsie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE
OU DE VOTRE PHARMACIEN.
Faites attention avec COQUELUSEDAL PAR

Mises en garde spéciales

En cas de surdosage ou de prise par erreur d
votre médecin.