

## 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

- 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'Unité - 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° W19-516644

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2654

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KENFAOU Abdellah

Date de naissance : 14-12-53

Adresse : 28 rue Abdel Moumène Naciri Casablanca

Tél. : 0608896208

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR. ERRAMI MK**  
**SPECIALISTE DES MALADIES**  
**DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE**  
Imm. Imourane Rue Hotel de Ville  
AGADIR - Tél: 06 28 84 38 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2020

Nom et prénom du malade : KENFAOU Abdellah

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

03 MARS 2020

ACCUSE



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des A
22/11/20	G		200	Dr. ERRAMI MK SPÉCIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Imm. Imourane Rue Hôpital de Vill AGADIR - Tel: 05 28 84 38 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Dr. ERRAMI MK Pharmacien Fournisseur 42, Rue Ibn Touboukt Talborjt Tél: 0528840078 - AGADIR Pharmacie du TALBORJT	Date	Montant de la Facture
	22/11/20	308,75

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

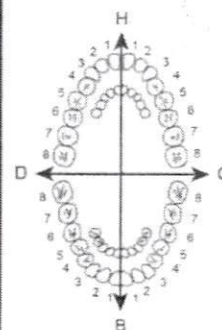
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

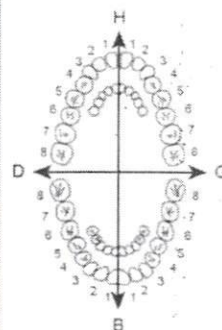
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



	DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

	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

**Dr. ERRAMI MOHAMED EL KEBIR**

Diplômé de l'Université de BREST - (France)

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

(Asthme - Allergies Respiratoires - Maladies des Bronches)

**Endoscopie - E.F.R.**

Membre de la Société de Pneumologie de langue française

(SPLF)

**CES de Santé Publique**

22 JAN. 2020

أكادير في : .....

Mr KENFAOU Abdel

168.20

- Augment 1g



52.00

- Zolone 20



34.00

- Eumadol 5



49.40

- Zppsam 20



308.70

Rendez-vous le : .....

**Dr. ERRAMI MK**  
SPÉCIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE  
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville  
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

1، زنقة القصر البلدي عمارة اموران الطابق الثاني قرب عمارة أمليل أكادير الهاتف : 05 28 84 38 33

1, Rue Hôtel de ville, Imm Imourane - 2ème Etage près Imm. OUMILIL - Agadir Tél. : 048 84 38 33



**إيزولون®**  
بريدنيزولون

LOT 191504  
EXP 07 2024  
PPV 57 10

يوم	يوم	يوم	يوم	يوم	يوم	يوم	يوم	يوم	يوم
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



**ISOLONE 20 mg**  
30 comprimés  
AMM N° 65 DMP/21/NCN  
6 118000 020806

**COMPOSITION :**  
Prednisolone..... 20 mg  
Excipients..... q.s.p. 1 comprimé.  
**Excipient à effet notoire : Lactose.**  
**CONDITIONS D'UTILISATION ET DE CONSERVATION :**  
Voie orale.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

الوكية :  
بريدنيزولون  
بريدنيزولون  
سواء في حالة معروف : لا تفرز  
شروط الاحتفاظ والنقل :  
عن طريق الفم  
إلا إذا تم تحييد في درجة حرارة لا تزيد  
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تزيد  
25 درجة مئوية، بعيداً عن الرطوبة.

**Isolone®**

Prednisolone

**20 mg**  
30 comprimés  
Voie orale

DURÉE	MATIN	MIDI	SOM	AVANT	APRÈS
1	1	1	1	1	1

**سوطيما**  
sotHEMA

Tribune de l'AMMF rattaché  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc  
Sous Licence des Laboratoires STREULI - SUISSE

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Ligne (Tableau A)  
بصرف الطبيب فقط - قائمة (جدول A)



محيطات لك سوطيما  
صين ب.د. رقم 1، 27182 بوكورا - المغرب  
بصرف الطبيب فقط - قائمة (جدول A)

**إيزولون® 20 ملغ**  
بريدنيزولون  
30 قرصا



Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
A conserver à une température inférieure à 25°C  
N° A.M.M. : 562/16 DMP/21/NNP

IDEALCO

Respecter les doses prescrites

Liste II

# IPPSIUM<sup>®</sup>

## Esoméprazole



VOIE ORALE  
Boîte de 7 gélules Gastro-résistantes

20mg

049717 0620  
PPV 49 40DH

49,40



poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g/125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 619313  
PER: 03/21



**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

**Composition :**

Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique ..... 125mg  
(sous forme de clavulanate de  
potassium).  
Contient de l'aspartam (environ  
30mg).

Mise en garde spéciale : risque  
d'allergie.

**Voie orale**

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

Conserver à une température  
inférieure à 25°C et à l'abri de  
l'humidité.



# Eumoxol<sup>®</sup>

Ambroxol

Sirop 0,3%

Flacon de 250 ml

34,00

