

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Optique :

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

Éducation :

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

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

N° P19- 0040947

ND: 31336

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Touziane

Rohamed

Date de naissance :

24-2-55

Adresse :

Res. Etoile Rue 6000 NINA
Roussine ENSA de Aïn

Tél. : 0661 43 45 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR HACHID EL KHETIR
PRESTATION DE SANTE
175, Rue Boukra - Casablanca
Tel: 05 22 49 23 75
ICB: 001584533000041

Date de consultation : 20/4/2020

Nom et prénom du malade : Mr. TOUZIANE Ahmed Age: 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 : 20/4/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
20/04/2008			3000.00	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>	20/04/2008	1381.30

ANALYSES - RADIographies .

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

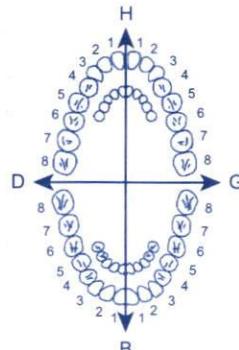
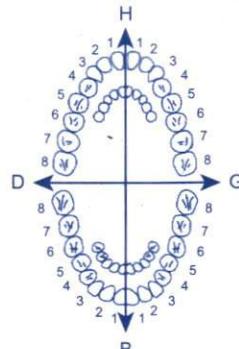
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000	B 00000000		
				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطّار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires



MR JOUDANE MOHAMED

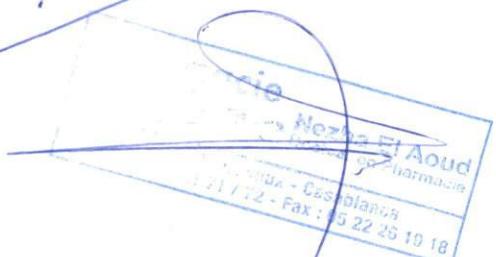
Casablanca le : 20 - 4 - 2019

- 102,80 • bronchodual aérosol
6 bouffées à la demande
- 36,40 • KOPRED 20 mg
3 cp le matin 5 jours



Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 00158453200004

138,30



Résidence Houssam Jassim

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Kopred®

Prednisolone

PHARMAS / LOT : 7178
UT.AV : 12-22
PPV : 36DH40

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



118000

PRESENT

KOPRED 5 mg comprimé effervescent
contenant 30 comprimés effervescent.
KOPRED 20 mg comprimé effervescent
contenant 20 comprimés effervescent.

COMPOSITION

Substance active : Prednisolone
KOPRED 5 mg comprimé effervescent
prednisolone (sous forme de
KOPRED 20 mg comprimé effervescent
prednisolone (sous forme de

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent.
KOPRED 20 mg comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPIQUE GLUCOCORTICOÏDES - USAGE

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticostéroïde. Il est indiqué dans certaines maladies dont son effet anti-inflammatoire

peut être obtenu par la voie parentérale.

la relire.
en doute,
ou à votre

prescrit, ne le
pas de
soif.
Si vous
réalisé dans cette
dien.

312837-01

6 118001041060
BRONCHODUAL 50 µg/20 µg/dose
(Bromhydrate de fénoterol/Bromure d'ipratropium anhydre)
Solution pour inhalation en flacon pressurisé
Flacon de 200 doses

BOTTU S.A.

PPV : 102 DH 90
GET

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin peut vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. Il est donc contre-indiqué chez les patients contrôlant leur niveau de sodium.

En cas de traitement prolongé, votre médecin peut prescrire une vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient du sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient du sodium.

Ce médicament contient du lactose. Il est donc déconseillé chez les patients porteurs d'un déficit en galactose, un déficit en lactase ou une malabsorption du glucose ou du galactose (rare).

NE PAS HÉSITER À DEMANDER
UN OU DE VOS MÉDECINS
VEC D'AUTREMENT
DIT ETRE EVITÉ
avec des doses
≥ 1 g par jour
avez pris récemment obtenu
à votre pharmacien
VEC LES ALIMENTS

EC LES PRÉPARATIONS
'ERNATIVES
NTEMENT

utilisé
ouverte
juillet
et p

L'allaitement peut être autorisé pendant le traitement.